

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Sépsis na pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: intervenção especializada do enfermeiro

Hélder Fernando dos Santos Peres Ribeiro

Lisboa

2020



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Sépsis na pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: intervenção especializada do enfermeiro

Hélder Fernando dos Santos Peres Ribeiro

Orientador: Prof.^a Maria Cândida Durão

Lisboa

2020



*“A viagem da descoberta consiste em não
achar novas paisagens, mas ver com outros
olhos”*

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso de desenvolvimento de saberes e de competências contou com importantes apoios, incentivos e estímulos, sem os quais não se teria tornado uma realidade. Neste âmbito, em sede deste relatório de estágio, é inteiramente justo perante os diferentes intervenientes e parceiros de percurso, salientar um particular agradecimento:

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, minha “escola”. Não seria o profissional que sou sem o vosso contributo, agradeço a oportunidade de formação que me proporcionou, no passado e no presente, com a sua reconhecida exigência e qualidade.

À Senhora Professora Maria Cândida Durão, pela sua douda orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber, pelas opiniões, pelas críticas, total colaboração no solucionar de dúvidas e questões que foram surgindo ao longo do percurso.

Aos colegas de caminhada académica, em particular ao Luís Ladeira e João Lourenço, pela incondicional amizade, companheirismo, partilha, numa verdadeira fraternidade.

Às equipas multidisciplinares dos diferentes locais de estágio, pela forma como me integraram no contexto, pela sua permanente disponibilidade.

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio por toda a disponibilidade, empenhamento e partilha de conhecimento.

À minha família e amigos, pelo seu apoio, paciência, incentivo e motivação. Em particular à minha esposa Carla e ao meu filho João, na coragem transmitida, na compreensão, na confiança, no permanente e incondicional amor, foram um contributo essencial ao longo de todo este percurso.

A todos a minha gratidão e reconhecimento...

Muito Obrigado

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

ASBV – Ambulância de Suporte Básico de Vida

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BBR – *Building a Better Response*

CMEPSC – Curso Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

EMT – Equipas Médicas de Emergência

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

GCS – *Glasgow Coma Score*

GNR – Guarda Nacional Republicana

HD – Hemodiálise

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SEM – Serviço de Emergência Médica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SOAP – Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIP – Transporte Intra-hospitalar Pediátrico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UNDSS – *United Nations Department Safe and Security*

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Vias Verde

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

VVS – Via Verde Sépsis

RESUMO

Os serviços de emergência médica conduzem aos serviços de urgência um número crescente de pessoas com situações de sépsis, o que representa cerca de metade dos internamentos relacionados com sépsis nas unidades de cuidados intensivos. Na gestão desta situação, o reconhecimento precoce e o tratamento imediato são essenciais, situando-se assim num quadro clínico tempo-dependente, onde o intervalo tempo extra-hospitalar representa uma importante oportunidade para o seu reconhecimento e tratamento. Salientando esta relevância no contexto de saúde e definindo a sua abordagem, em 2010 a Direção Geral de Saúde, emite uma circular normativa referente à Criação e Implementação da Via Verde Sépsis. O presente relatório de estágio representa a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com enfoque no cuidado especializado à pessoa em situação de sépsis em contexto extra-hospitalar. Neste âmbito, realizei uma revisão da literatura acerca da problemática e desenvolvi atividades que sustentaram o alcançar dos objetivos definidos nesta arquitetura de percurso. Realizei estágios em três contextos distintos. No serviço de urgência onde consolidei competências no cuidar da pessoa em situação de sépsis ou suspeita de sépsis, especificamente na sua identificação e abordagem inicial. Na unidade de cuidados intensivos, onde desenvolvi competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis. E, por fim no contexto extra-hospitalar de ambulância de suporte imediato de vida, onde promovi a adaptação dos saberes anteriormente adquiridos e desenvolvi a especificidade no cuidar extra-hospitalar, ao nível da identificação, abordagem e prestação de cuidados emergentes à pessoa em situação de sépsis ou suspeita de sépsis, contribuindo ainda no desenvolvimento do protocolo de abordagem a doentes nesta circunstância. Este percurso, possibilitou-me o ensejo de contribuir na promoção e na melhoria da qualidade assistencial dos cuidados de enfermagem em âmbito extra-hospitalar à pessoa em situação de sépsis.

Palavras-chave: Sépsis; Extra-hospitalar; Enfermagem, Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Emergency medical services lead to an increasing number of sepsis situations in emergency services, which represents about half of the hospitalizations with sepsis in the intensive care units. In the management of a sepsis situation, early recognition and immediate treatment are essential, being classified as a time-dependent pathology, where the time interval in the extra-hospital scope constitutes an important opportunity for its detection and treatment. Giving emphasis to this relevance in the health context and defining its approach, in 2010, Direção Geral de Saúde issues a normative circular regarding the “Criação e Implementação da Via Verde Sépsis”.

The present internship report depicts the analysis of the acquisition and development of specialized skills path in the provision of nursing care to the person in critical condition with emphasis in the specialized care provided to the person in sepsis situation in the extra-hospital context. Within this scope, I carried out a revision of the literature surrounding this problem and developed activities that sustain the accomplishment of the objectives set in the frame of this path. I performed internships in three distinct contexts. In the emergency service, where I consolidated skill's in the person's care in sepsis situation or suspicion of sepsis, specifically in its detection and initial approach. In the intensive care unit, where I developed skills related to the person's/family's care while experiencing complex processes of critical illness and/or organic failure in a situation of sepsis or suspicion of sepsis. And at last, in the extra-hospital context of immediate life support ambulance, where I promoted the adaptation of the previously acquired knowledge and developed the specificity in extra-hospital care, at a level of detection, approach and emergency care provision to the person in sepsis situation or suspicion of sepsis, contributing yet indirectly to the development of the approach protocol to this type of patients. This skill development path allowed me the opportunity to contribute to the promotion and improvement of the assistance quality of nursing care in the extra-hospital scope to the person in sepsis situation.

Key Words: Sepsis; Extra-hospital; Nursing, Critical Ill Patient.

ÍNDICE	<i>pág.</i>
INTRODUÇÃO	15
1. O ENFERMEIRO E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	23
1.1. Sépsis da abordagem à intervenção	29
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1. Cuidar da pessoa/família em situação de sépsis ou suspeita de sépsis no SU	35
2.2. Cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis na UCI	42
2.3. Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em contexto extra-hospitalar	52
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	
APÊNDICE II – Objetivos e atividades por campo de estágio	
APÊNDICE III – Certificado – BSAFE	
APÊNDICE IV – Certificado - <i>Building a Better Response</i>	
APÊNDICE IV – Programa - <i>ATCN Europe Guest Symposium</i>	

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este representa a descrição e análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em concordância com as definidas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), assim como em consonância com as competências definidas para os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Initiative, 2004; Direcção-Geral do Ensino Superior, 2008) o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros, 2018b) .

Reconhecendo a relevância da problemática da sépsis no contexto de saúde e definindo a sua abordagem, em 2010 a Direcção Geral de Saúde (DGS) (DGS, 2010) emite uma circular normativa, referente à Criação e Implementação da Via Verde Sépsis (VVS). Neste âmbito, os dados relativos a Portugal indicam que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos são devidos a sépsis adquirida na comunidade, com uma mortalidade hospitalar global de 38%; ou seja, quase três vezes superior à mortalidade dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), internados no ano de 2007, verificando-se ainda um aumento da incidência superior à diminuição da mortalidade (DGS, 2010). Na gestão da situação de sépsis, o reconhecimento precoce e o tratamento imediato é o procedimento recomendado (Dellinger, Levy, & Rhodes, 2013). Por sua vez, dados hospitalares do Reino Unido, indicam que a identificação precoce e início de tratamento estão associados a redução da mortalidade, contudo a sua referenciação é diminuta (Smyth, Brace-McDonnell, & Perkins, 2016a; 2016b). É assim amplamente aceite que o reconhecimento precoce e intervenção são essenciais para alcançar bons *outcomes* nos doentes com sépsis (Kumar et al., 2006). Neste âmbito, os serviços de emergência médica (SEM) conduzem aos serviços de urgência (SU) um número crescente de pessoas com sépsis, representando metade dos doentes internados com sépsis nos SU (Dellinger et al., 2013). Trata-se de uma patologia tempo-dependente, onde o intervalo extra-

hospitalar representa uma importante oportunidade para o reconhecimento e tratamento (Seymour et al., 2012).

O exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar operacionalizado através dos cuidados prestados, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde e referência, é determinante no suporte efetivo e integral à pessoa, assegurando igualmente a continuidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Nesta dinâmica assistencial extra-hospitalar, os meios de emergência de suporte avançado e imediato de vida do Instituto Nacional de Emergência Médica, (INEM) que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), nomeadamente a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e a Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) contam na sua composição e no seu exercício com a presença do enfermeiro (Ministério da Saúde, 2014b). A aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem, com particular incidência no meio extra-hospitalar, centrar-se-á no meio SIV, o qual integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, e estão concebidas para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, têm como objetivos a estabilização pré-hospitalar e o transporte de doentes críticos, dispondo de equipamentos de Suporte Imediato de Vida (Ministério da Saúde, 2019).

Segundo a Ordem dos Médicos (2008), o doente crítico caracteriza-se por uma disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica. Enfatizando a visão do enfermeiro, a pessoa em situação crítica é entendida como aquela que é incapaz de manter a sua estabilidade fisiológica ou que se encontra em risco de rápida instabilidade fisiológica, estando assim a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância e de monitorização, cuidados intensivos e de terapêutica (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Neste contexto, os cuidados de enfermagem, constituem uma prática complexa, sendo prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta pronta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b). O enfermeiro na sua atuação multidisciplinar é responsável pelo processo

de cuidados de enfermagem, à pessoa, no momento e no local em que é experienciada a situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a garantir um atendimento integral e de qualidade, é para tal detentor de um conhecimento concreto e de um pensamento sistematizado, com competência efetiva e demonstrada na área de exercício profissional, assente numa prática profissional baseada na evidência e na investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

O doente crítico, devido à sua instabilidade requer além de cuidados imediatos na sua estabilização, uma vigilância rigorosa e apertada, na qual o enfermeiro desempenha um papel fundamental e indispensável. Nightingale, remete a vigilância para a observação feita pelo enfermeiro das condições do doente e se o enfermeiro não o observa, não pode identificar alterações e conseqüentemente tomar decisões adequadas (Queirós, 2012). Neste âmbito, sedimentado no desempenho SIV e no seu histórico de atividade à semelhança da sua intervenção na sustentação operacional da VVC (Via Verde Coronária) e da VVAV (Via Verde Acidente Vascular Cerebral), também a VVS deve ser afirmada e garantida no portfolio operacional que a mesma desenvolve. Referencia-se assim que as intervenções neste âmbito da VVS, à semelhança do registado para as VVC e VVAVC podem melhorar os resultados para este tipo de doentes (Smyth, et al., 2016a, 2016b).

Desta forma, o percurso vivenciado ao longo deste trajeto académico no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, para o qual este relatório concerne, procurou promover a aquisição e desenvolvimento de competências na intervenção especializada do enfermeiro à Pessoa em Situação Crítica, particularmente no que diz respeito à sépsis em contexto extra-hospitalar, definindo-se para o efeito o seguinte tema:

Sépsis na pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: intervenção especializada do enfermeiro

Os cuidados de enfermagem extra-hospitalares situam-se, assim, sempre no contexto de uma relação enfermeiro-doente e ainda que esta interação seja de curta duração, existe a oportunidade de o enfermeiro estabelecer uma relevante relação com o doente, a qual será determinante para o seu processo terapêutico (Berntsson & Hildingh, 2013). Esta relação que se estabelece é essencial para atender às necessidades clínicas, psicológicas e sociais do doente neste contexto, por forma a

otimizar as intervenções (Berntsson & Hildingh, 2013). O exercício de enfermagem em âmbito extra-hospitalar é essencial para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018a). Nesta circunstância, os enfermeiros têm um contínuo de experiência combinada de desempenho hospitalar e pré-hospitalar para a manutenção de um nível de competência aceitável (Suserud, Dahlberg, & Dahlberg, 2003; Suserud & Haljamae, 1997).

Refletindo acerca do meu percurso profissional, verifico que disponho, cumulativamente, de experiência clínica hospitalar em âmbito de unidade de cuidados intensivos e de forma paralela experiência de desempenho em âmbito extra-hospitalar. Tal circunstância permitiu-me construir um enquadramento favorável nesta dinâmica assistencial relacionada com o meio SIV e a problemática em estudo, neste conjunto assentou assim a motivação e a importância na elaboração do presente percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. A experiência profissional do enfermeiro tem como base do desenvolvimento de competências, o conhecimento prático que é adquirido com o tempo e com a análise de situações reais. Neste âmbito o desenvolvimento da perícia na prestação de cuidado e de enfermagem especializados, com base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus (Dreyfuss & Dreyfus, 1980), adaptado por Benner (2001), reforça a importância da experiência prática evolutiva, que propicia uma progressão sustentada e diferenciadora do exercício profissional. Com base no modelo adaptado por Patricia Benner à enfermagem (Benner, 2001), considero enquadrar-me como proficiente, percecionando as situações globalmente, tipificando os acontecimentos com oportunidade de crescimento e melhoria perante situações novas e de maior complexidade. Objetivo um quadro de desempenho assente sobre experiência e maturidade profissional, o qual encontra paridade no referencial de competências de Benner, como perito, com capacidade de antecipação, perspicácia, com uso da observação discriminada, rapidez na ação e competência na definição de prioridades, comportando uma visão do contexto e tendendo à especialização (Queirós, 2015).

No específico desempenho do enfermeiro, a utilização de teorias de enfermagem é de grande relevância no que diz respeito à fundamentação da prática,

pois proporciona a valorização do corpo de conhecimento da profissão relacionando-os com a intervenção que o mesmo promove (Medeiros, Enders, & Lira, 2015). Assim, o esteio teórico que suportou o desenvolvimento e que melhor se adequa a esta problemática é a Teoria ambientalista de Florence Nightingale (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004), sendo que os seus princípios ainda se mantêm aplicáveis. No seu referencial, Nightingale proporciona informação sobre o ambiente e o controlo do mesmo, revela os ganhos para a saúde através de intervenções de enfermagem orientadas pela observação criteriosa da pessoa e do ambiente que a rodeia, defende a separação das pessoas com maior gravidade reconhecendo a necessidade de uma monitorização rigorosa e cuidados diferenciados (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Na sua teoria, dá especial relevância ao metaparadigma do ambiente, o que pode ser relacionado com a temática em estudo uma vez que, no seu referencial releva informação sobre o ambiente e o seu controlo nos ganhos para a saúde, através de intervenções de enfermagem direcionadas para a observação criteriosa, permitindo atuar ao nível da deteção precoce e prevenção da infeção e consequentemente da sépsis. Considero assim que o quadro teórico apresentado, é adequado aos objetivos e ao percurso de desenvolvimento de competências definido, situando-se o enfermeiro, como um agente fundamental na avaliação da pessoa com sépsis. No processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi utilizada a metodologia de projeto, a qual é centrada desenvolvendo capacidades e competências pessoais com a elaboração e concretização de projetos de situações reais (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Assim, apresento os objetivos a que me propus no início deste percurso.

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa/família em situação de sépsis, particularmente, em contexto extra-hospitalar

Objetivos Específicos:

- Consolidar competências no cuidar da pessoa/família em situação de sépsis ou suspeita de sépsis no SU;

- Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis na UCI;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em contexto extra-hospitalar.

Para atingir os objetivos acima descritos, delineei um percurso de aquisição de competências em contextos de exercício profissional com possibilidades de aprendizagem, desenvolvimento profissional e pessoal, aquisição de competências científicas, técnicas e humanas com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC com sépsis. Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, colheu previamente subsídios fundamentais na revisão integrativa da literatura (RIL) realizada, a qual promoveu uma contextualização técnico-científica específica e de desempenho para o doente crítico em situação de sépsis, com aplicabilidade na intervenção extra-hospitalar.

Assim, o percurso de aquisição e desenvolvimento foi programado em três momentos, os quais objetivaram o alinhamento com o percurso do doente em situação de sépsis, desde o momento em que é abordado pelo enfermeiro em desempenho de ambulância SIV, passando pelo serviço de urgência de uma urgência polivalente até à unidade de cuidados intensivos. Contudo, na construção da competência para o desempenho em âmbito SIV, nesta específica temática, o estágio na valência SIV foi o último a ser realizado uma vez que foi entendido a necessidade de colher contributos aquisitivos e de desenvolvimento prévios no SU e na unidade de cuidados intensivos (UCI), para posteriormente prover uma resposta mais competente e com maior potencial de desenvolvimento ao nível do exercício extra-hospitalar, com ênfase no diagnóstico precoce e no enquadramento algorítmico de intervenção (Vincent, 2013).

Estruturalmente este relatório está arquitetado em três elementos constituintes. O primeiro elemento evidencia a intervenção especializada do enfermeiro à pessoa em situação crítica, promove ainda este elemento, uma contextualização da entidade clínica em questão. O segundo elemento reflete o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos diferentes contextos experimentados, os quais diligenciaram uma contribuição progressiva e escalonada de saberes. Encerra este

documento o terceiro elemento, sob a forma de considerações finais, evidenciando os principais aspetos deste percurso de desenvolvimento de competências multidimensionais.

1. O ENFERMEIRO E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Enfermagem demonstrou ao longo da sua história a evolução de um fazer intuitivo para um exercício autónomo e diferenciado. Na esfera ontológica verificou-se a evolução do seu primado epistemológico com o foco na saúde e doença e enfoque empírico nos processos de doença, para um enfoque relacionado com a experiência humana e como tal mais subjetivo; neste âmbito, o paradigma conceptual e os modelos teóricos permitem novas perspetivas, com a sua interpretação assente em um processo dinâmico que se altera com as circunstâncias ou em um determinado período de tempo (Carper, 1978). Assim, neste contínuo evolutivo, a teoria de enfermagem permite definir o campo onde o exercício e a investigação se desenvolvem e onde os seus resultados são lidos e interpretados, afirma-se igualmente como um elemento que compõe uma linguagem específica, consolidando a Enfermagem como ciência centrada no conceito ou arte de cuidar. A teoria de enfermagem constitui uma conceptualização que se desenvolve e articula, na específica realidade que à enfermagem concerne, com o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever cuidados de enfermagem (Meleis, 2011; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Schumacher & Meleis, 1994). Como noutros domínios do conhecimento, a teoria de enfermagem pretende identificar, descrever, explicar e prever o espectro de fenómenos de interesse da disciplina (Pereira, 2009) O conceito de conhecimento utilizado na enfermagem, envolve o saber em contexto consciente da experiência em relação ao seu eu ou para a saúde do indivíduo como um todo. A reflexão pessoal, é assim considerada parte integrante do processo de conhecimento (Bonis, 2009).

Neste âmbito, Carper (1978) identificou quatro padrões fundamentais para o conhecimento de Enfermagem: o conhecimento empírico, em referência à ciência de Enfermagem, baseado no conhecimento observável e mensurável, obtido através de métodos quantitativos; o conhecimento estético, reportando-se à arte de Enfermagem, o que envolve o reconhecimento e a reação do enfermeiro no significado das situações; o conhecimento do pessoal, o qual procura o auto-conhecimento do enfermeiro; e o conhecimento ético, relacionado com o conhecimento moral em Enfermagem.

A teoria de enfermagem não é assim algo de carácter meramente simbólico, permite-nos organizar e compreender na prática, analisar criticamente a situação do utente para a tomada de decisão clínica, planear o tratamento e propor as intervenções de enfermagem apropriadas, prever os efeitos do tratamento no doente e avaliar a sua eficácia (Carper, 1978; Tanner, 2006). A tomada de decisão apresenta-se como uma competência essencial ao desempenho clínico dos enfermeiros, a prática de enfermagem em cuidados intensivos e em âmbito de doente crítico é um desafio intelectual e emocional, requerendo juízo clínico e respostas rápidas a condições de risco de vida onde não existe margem para erro. O desenvolvimento de conhecimentos especializados na prática de cuidados intensivos e em âmbito de doente crítico requer uma aprendizagem experiencial sob pressão e reflexão na ação e sobre a ação. A tomada de decisão, é assim um processo utilizado para avaliar e seleccionar as melhores ações, de forma a conseguir os resultados desejados. Neste processo de tomada de decisão, a intuição e a capacidade analítica são recursos que o enfermeiro tem possibilidade de utilizar, no entanto a decisão de carácter intuitivo ou analítico depende da experiência profissional tendo por base o conhecimento prático adquirido com o tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 2001; Benner et al., 2011; Bonis, 2009; Marques et al., 2019; Tanner, 2006)

Neste âmbito, o exercício do enfermeiro especialista e mestre em enfermagem em pessoa em situação crítica na temática que este relatório reproduz, é igualmente enquadrado, refletido e sustentado, à luz de um modelo teórico que encontra alicerces no quadro conceptual de Florence Nightingale. Este alinhamento com o referencial conceptual, promove particularidades na compreensão do fenómeno sobre o qual se exerce a ação. Importa assim, explanar esta conceptualização, uma vez que sobre a mesma assentou a intervenção especializada do enfermeiro desenvolvida no percurso experiencial realizado com aquisição de competências em contextos de exercício profissional.

O meio ambiente afigura-se como o conceito principal dos relatos que Florence Nightingale promoveu. É assim definida a influencia das condições externas na vida do individuo e no seu desenvolvimento, capazes de prevenir, reprimir ou contribuir para a doença e a morte (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004) Nightingale engloba no ambiente os aspetos físicos, psicológicos e social, com, atual pertinência (Munro, 2010). A intervenção de Nightingale como enfermeira, iniciou-se

no período inicial da industrialização na Inglaterra e nos campos de Guerra da Crimeia. Nesta época, as condições de saneamento ambiental eram muito deficientes, e a miscelânea do agrupamento das pessoas internadas nos hospitais de campanha resultava em elevadas taxas de mortalidade, exigindo atenção imediata e constante (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Na sua obra, faz referência a um controlo ambiental, embora nunca tivesse usado especificamente o termo «ambiente», descreveu em pormenor os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e ruído, que são componentes do mesmo. A observação da pessoa é tida como fundamental e as enfermeiras, nos seus relatos, deviam ser capazes de empregar toda a sua sabedoria e poder de observação, uma vez que a doença assume características diferentes para cada pessoa devendo as enfermeiras estar atentas às mesmas (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). O pensamento de Florence Nightingale (2006), com o seu enfoque primordial no metaparadigma do ambiente, dá ênfase ao controlo do ambiente e aos ganhos para a saúde através de uma ação de enfermagem orientada para a observação criteriosa da pessoa e do ambiente que a rodeia, permitindo deste modo agir ao nível da prevenção de infeção e deteção precoce da sépsis. Defendia assim a prevenção da doença pelo controlo ambiental, sendo que o descrito por Nightingale é claro contributo para um dos pilares da enfermagem de saúde pública aliado ao conceito de promoção da saúde dos dias de hoje (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004).

A enfermagem, à luz da conceptualização e prática de Nightingale, focaliza-se na pessoa e no processo restaurador que experimenta e não na doença em si ou no órgão afetado. A saúde é definida como uma sensação de bem-estar e competência de utilizar ao máximo todas as capacidades. Nightingale ao promover uma estreita relação entre ambiente-pessoa, enfermeiro-pessoa e enfermeiro-ambiente, estabelece uma dinâmica intrínseca ao cuidar que visa a melhoria da condição de doença e a manutenção do estado de saúde. Apesar dos cuidados de saúde e o seu ambiente de prestação terem mudado substancialmente nos últimos tempos, existem pressupostos que ainda permanecem aplicáveis e relevantes. O permanente desafio do *status quo*, ainda hoje deve ser trilha de interrogação e de inquietação perante o desafio do desempenho, já em 1854 com a sua perspicácia, promoveu a seleção dos soldados consoante a gravidade dos ferimentos, localizando-os mais próximos de um local de observação para a enfermeira. Encontra-se assim presente a componente chave dos cuidados intensivos da PSC é a frequência e a intensidade de

monitorização, um sistema que Florence Nightingale reconheceu monitorizando os soldados mais graves com maior regularidade e com um maior rácio enfermeira/doente. Salientou como fundamental a observação da pessoa, dos seus sinais e sintomas, como indicadores de uma melhoria ou deterioração do seu estado de saúde (Medeiros et al., 2015; Nightingale, 2006). Esta observação dirigida, é compreendida no âmbito da estratégica, atual e fundamental vigilância de enfermagem, que se traduz na aquisição, interpretação, síntese intencional e contínua dos dados do utente com vista à tomada de decisão clínica (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008; Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012). Nesta conceptualização, a vigilância engloba a monitorização como atividade, diferindo da mesma no objetivo e finalidade da sua execução, na capacidade analítica e na tomada de decisão que à vigilância diz respeito e sustenta (Brier et al., 2015; Henneman et al., 2012).

Nightingale, compreendeu igualmente na altura o conceito de contágio, centrando a sua teoria no controlo e manutenção do ambiente, o que teve grande impacto na redução da mortalidade dos soldados. As colheitas de dados relacionadas com infeções adquiridas no hospital permitiram a comparação entre hospitais e instigou a prática baseada em evidência que ainda hoje é atual (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004).

Por outro lado, a prática baseada, ou melhor dizendo, justificada e sustentada na evidência, já indigitava o que mais tarde seria expresso com a melhoria dos cuidados prestados, aliado à redução dos seus custos, com base em evidências clínicas sólidas (Aravind & Chung, 2010). Florence Nightingale, inclusive, reuniu dados e evidências que possibilitaram o estabelecimento de diretrizes para a reforma dos cuidados de saúde. O foco dado nos *outcomes* dos doentes e no seu registo, ainda hoje encontra paralelo nos indicadores de qualidade que se produzem (Munro, 2010).

De outra forma, a focalização na experiência do doente centra-nos no mais genuíno, na essência mais fundamental, o cuidar. O cuidar sempre esteve ligado à prática de enfermagem, Watson (2002), atribui ao cuidar a essência da enfermagem conceptualizando-o como um processo interpessoal com dimensões transpessoais. O cuidar é um ideal moral, mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui características como a ocasião do cuidar real e o momento do cuidar transpessoal, fenómenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento enfermeiro-doente.

Por último, Nightingale, teve ainda a esclarecida visão da continuidade, criando e fazendo escola, contribuindo assim de forma indireta para a melhoria dos cuidados prestados. De facto, inspiradora na intencionalidade e na significância científica que imprimiu aos primórdios profissionalizantes do desempenho, tão simplesmente notável.

A evolução da sociedade, exige uma prática profissional no exercício da profissão de Enfermagem, cada vez mais complexa e diferenciada de forma a satisfazer crescentes níveis de saúde da população. O desenvolvimento de competências do enfermeiro passa pela construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzam à mudança na prática, desenvolvendo assim a capacidade de resposta e de intervenção e promovendo em simultâneo a qualidade assistencial. O conceito de competência tem múltiplas abordagens e pode diferir com as organizações e nestas com as diversas situações de trabalho, sendo o seu conteúdo de elevada plasticidade, dado que se espera do profissional uma atuação que responda a situações complexas, sabendo analisar, priorizar, tomar decisões com capacidade de iniciativa e de modo responsável (Mendonça, 2009).

Independentemente da área de especialidade os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, transversais a todas as especialidades referenciadas como competências comuns, versando uma atuação abrangente em diferentes áreas de prestação de cuidados, ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários, quaisquer que sejam os contextos de prestação de cuidados de saúde. Este quadro de competências comuns envolve as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e investigação (Ordem dos Enfermeiros, 2010, 2019). Por sua vez e no âmbito específico de intervenção à PSC, pela especificidade que apresenta, a intervenção terá que ter características próprias e diferenciadas. Neste âmbito, a PSC é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Gildberg, 1992; Ordem dos Enfermeiros, 2018b) Os cuidados de enfermagem à PSC, afirmam-se como altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando

incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Benner et al., 2011; Gildberg, 1992; Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

A intervenção do enfermeiro à PSC afirma uma intervenção qualificada continua e imediata respondendo a necessidades afetadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo complicações, limitando incapacidades e visando a recuperação total. O conhecimento da situação é fundamental, coletando os dados e informação sistémica de forma sistematizada, detetando precocemente complicações e prevenindo-as, prestando uma intervenção objetiva e eficiente à pessoa que vive processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, prevenindo e gerindo o risco de infeção associado (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b). Os cuidados de enfermagem que se afirmam neste âmbito, devem ainda responder a situações de outra amplitude, como nos casos de catástrofe ou situações multivítimas (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b)

Assim a competência do enfermeiro perito está associada ao nível de excelência do cuidar, e para o desenvolvimento dos seus conhecimentos numa dada área prática é necessário saber o que fazer e como fazer, o que pressupõe, igualmente, o conhecimento de investigações científicas baseadas na teoria. A aquisição de conhecimentos e o saber fazer são desenvolvidos ao longo do tempo e quando baseados na experiência e assente em boas bases pedagógicas, a aquisição de competências é mais segura e rápida (Benner, 2001).

Este quadro de desempenho, encontra ancoragem nas competências definidas no âmbito do CMEPSC e encontra-se em consonância com as competências definidas para os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Direcção-Geral do Ensino Superior, 2008). Considere-se ainda que, para além das competências definidas no artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b), elenca ainda uma abordagem reflexiva, criativa e inovadora de situações complexas, refletindo sobre no sentido das afirmações do outro e da sua representação. Promove a elaboração de projetos de investigação, mobilizando dados dos relatórios de investigação com rigor, expõe e argumenta com clareza o seu raciocínio, seleciona fontes de informação relevantes para a sua tomada de decisão e além de apresentar uma consciência crítica para os problemas da disciplina,

demonstra um aprofundado nível de conhecimentos numa área específica da enfermagem.

1.1 Sépsis da abordagem à intervenção

A sépsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção, por sua vez o choque séptico apresenta-se como um subconjunto da sépsis com disfunção circulatória e celular/metabólica associada a maior risco de mortalidade (Rhodes, Evans, Alhazzani, Levy, Antonelli, Ferrer, Kumar, Phillip Dellinger, et al., 2017). A sépsis consome nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 5,2% dos gastos totais relacionados com o internamento (Baker, 2016), a nível nacional na pesquisa efetuada, não foram identificados dados económicos neste âmbito. Desta forma, considera-se que o seu reconhecimento precoce e tratamento melhora o resultado e as suas consequências (Seymour et al., 2010). A sépsis e o choque séptico são dos diagnósticos mais frequentes à admissão hospitalar urgente e estão associados a morbilidade e mortalidade significativa, (Santos, Oliveira, & Gonçalves-Pereira, 2015), referenciando-se cerca de dois terços de situações graves de sépsis neste âmbito (Smyth, et al., 2016a). E nesta circunstância, no Reino Unido, refere-se que cerca de 80% dos casos de sépsis em UCI provêm dos SU transportados pelos serviços de emergência médica (Smyth et al., 2016a, 2016b). Estes doentes apresentam situações de falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, configurando-se como PSC (Benner et al., 2011; Gildberg, 1992; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). O estudo *European Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients* (SOAP) que incluiu 198 doentes internados em unidades de cuidados intensivos em diferentes países com sépsis/choque séptico, estimou taxas de mortalidade de 32% para sépsis e 54% para choque séptico. Em Portugal, a mortalidade hospitalar por sépsis adquirida na comunidade foi estimada em 38% (Carvas, Canelas, Montanha, Silva, & Esteves, 2016). Estima-se que 22% dos internamentos em cuidados intensivos devem-se a episódios de sépsis adquiridos na comunidade, sendo que a mortalidade hospitalar associada é três vezes superior à mortalidade de casos

internados por AVC em 2007. Nas formas de sépsis mais grave, nomeadamente no choque séptico, a mortalidade atinge 51% (Póvoa, Carneiro, Ribeiro, & Pereira, 2009). Paralelamente foi demonstrado que em cada hora de atraso no início da terapêutica antibiótica adequada aumenta em 7,6% a mortalidade (Kumar et al., 2006). Por sua vez, os dados hospitalares indicam que a identificação precoce e início de tratamento está associado a redução da mortalidade, contudo a sua referenciação é diminuta (Smyth, et al., 2016a). Neste sentido, a antecipação desta identificação mostra-se como essencial para uma referenciação precoce e consequente implementação de medidas ativas e direcionadas à estabilização clínica do doente e definição da estratégia terapêutica (Johansson, Spindler, Valik, & Vicente, 2018). Importa salientar que os serviços de emergência médica abordam cerca de 1/3 dos doentes com sépsis severa e choque séptico que acabam por morrer, assim os sistemas de emergência oferecem uma oportunidade importante de avanço no diagnóstico e intervenção junto de estes doentes (Wang, Weaver, Shapiro, & Yealy, 2010).

Neste sentido as denominadas Vias Verdes (VV), nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, representam algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos, onde a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é determinante para o resultado terapêutico (Paiva et al., 2012). Desta forma, a instituição da VVS objetiva melhorar a identificação dos doentes sépticos e otimizar o processo terapêutico (Santos et al., 2015). A sinalização precoce e referenciação para Via Verde Sépsis, adquire atualmente o mesmo grau de emergência que a Via Verde Acidente Vascular Cerebral ou a Via Verde Coronária (Carvas et al., 2016). Neste sentido, a DGS, no formato de circular normativa promove a criação e implementação da VVS em 2010 (DGS, 2010), tendo 6 anos mais tarde atualizado a referida norma. A presente norma de DGS relativa a 2016, faz evidência à importância dos meios pré-hospitalares do INEM com a presença de médico e enfermeiro, nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação e Helicóptero, equiparando-os ao Serviço de Urgência de nível 1, definindo-se como aquele que não dispõem de serviço de medicina intensiva (DGS, 2016).

Adicional a este arsenal de meios diferenciados, a Ambulância de Suporte Imediato de Vida é criada em Portugal no ano de 2007 e na sua composição a presença e desempenho do enfermeiro em âmbito pré-hospitalar. Este meio encontra-

se vocacionado para o transporte com acompanhamento de vítimas de doença súbita ou acidente, objetivando a sua estabilização pré-hospitalar e o transporte de doente crítico, com recurso a equipamentos de suporte imediato de vida que a capacita (Ministério da Saúde, 2014b). Os enfermeiros têm um contínuo de experiência combinada de desempenho hospitalar e extra-hospitalar para a manutenção de um nível de competência aceitável (Suserud & Haljamae, 1997). Os cuidados de enfermagem extra-hospitalares, situam-se assim sempre no contexto de uma relação enfermeiro-doente. Ainda que, esta interação seja de curta duração, existe a oportunidade de o enfermeiro estabelecer uma relevante relação com o doente, a qual será determinante para o processo terapêutico do doente (Berntsson & Hildingh, 2013). Esta relação que se estabelece é essencial para atender às necessidades clínicas, psicológicas e sociais do doente neste contexto, por forma a otimizar as intervenções (Berntsson & Hildingh, 2013). Os cuidados de enfermagem a estes doentes, na situação de PSC, afirmam-se como altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b). Os enfermeiros por via da sua formação base e competências específicas, são um recurso humano importante na emergência pré-hospitalar. Como tal, sedimentado no desempenho SIV e no seu histórico de atividade à semelhança da sua intervenção na sustentação operacional da VVC e da VVAVC, também a VVS deve ser afirmada e garantida no portfolio operacional que a mesma desenvolve. É assim referenciado que as intervenções neste âmbito da VVS, à semelhança do registado para as VVC e VVAVC podem melhorar os resultados para este tipo de doentes (Smyth et al., 2016a, 2016b). Neste sentido, o plano de atividades do INEM salienta que, o posicionamento das ambulâncias SIV deve dar resposta à procura dos doentes mais graves, utilizando, assim, toda a diferenciação que as suas equipas detêm na área do doente crítico e complementando a rede que é assegurada pelas VMER, por um lado, e as Ambulâncias de Emergência Médica e Ambulâncias de Socorro por outro (INEM, 2017a). Neste contexto, o referido plano de atividades de 2017 referencia a adoção de estratégias organizativas designadas por Vias Verdes, operacionalizando quer a Via Verde da Sépsis, quer da Via Verde do Trauma (INEM, 2017a). Ainda no seu plano estratégico 2017-2019, o INEM prevê um plano de melhoria relativa à VVS,

identificando mais precocemente doentes com sépsis, procedendo à sua estabilização inicial e encaminhamento para os centros de tratamento (INEM, 2017b). Especificamente o Plano de Atividade 2018 do INEM, referencia a extensão dos procedimentos da VVS às ambulâncias SIV, oferecendo maior cobertura na operacionalização desta via verde (INEM, 2018).

Foi então realizada uma revisão integrativa da literatura, a qual procurava identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros neste contexto. Realizada pesquisa eletrónica nas bases CINAHL Plus, utilizando a MEDLINE – MeSH 2017 e CINAHL Headings, na plataforma EBSCO Web. Nestas bases foram introduzidos os termos de pesquisa em linguagem natural, para identificação dos descritores específicos. As palavras chave utilizadas no processo de pesquisa foram as seguintes: (P) [sépsis OR multiple organ dysfunction syndrome OR SIRS] AND (I) [early interventions OR intervention OR early intervention OR nursing actions OR nursing activities OR recognition OR identification OR assesement] AND (Co) [prehospital OR emergency medical services OR emergency medical technician OR paramedic OR ambulance OR out-of-hospital OR prehospital emergency medicine OR pre-hospital emergency medicine]. Na pesquisa efetuada em cada uma das bases foi utilizado como limitador a inclusão de artigos em língua inglesa. Foram obtidos 71 artigos, posteriormente com recurso à capacidade técnica das bases os artigos foram transferidos para folha de cálculo e identificaram-se os títulos repetidos (18), tendo sido retirados. Após a leitura de títulos e resumo dos restantes, foram retirados artigos que não se relacionavam com a temática em estudo. Para o efeito foram considerados 12 artigos para leitura integral, após a sua leitura foram excluídos 8. Obteve-se assim 4 artigos para extração e análise de dados (Apêndice I).

Da análise desses artigos conclui-se que as intervenções se situam de forma abrangente no reconhecimento de sintomas e em intervenções descritas como: administração de oxigénio suplementar; monitorização de eletrocardiograma (ECG); acesso endovenoso; administração de fluídos endovenoso; administração de antibióticos; avaliação e de registo de sinais vitais; administração de terapêutica; intubação endotraqueal; avaliação Glasgow Coma Score/Scale (GCS); avaliação de lactato sérico (Boland et al., 2016; Green et al., 2016; Levy, Evans, & Rhodes, 2018; Seymour, et al., 2012; Shorr, Micek, Jackson, & Kollef, 2007; Studnek, Artho, Garner, & Jones, 2012; Wallgren, Bohm, & Kurland, 2017).

Assim, existe a oportunidade de desenvolver protocolos de intervenção a par de fomentar a educação em torno desta problemática, permitindo o reconhecimento precoce, tratamento e notificação hospitalar do doente em sépsis, à semelhança de outras vias verdes instituídas, sendo que o desenvolvimento deste tipo de protocolos em parceria com o SU é crucial na transição e continuidade de cuidados. O sistema de emergência médica com meios diferenciados na sua atividade, pode com o sentido clínico e no âmbito de intervenção dos seus profissionais, resultar numa melhoria no reconhecimento e tratamento da sépsis prévia à chegada ao SU (Baker, 2016; Moore et al., 2018; Seymour, et al., 2012; Smyth et al., 2016b).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo visa apresentar o percurso experiencial realizado no desenvolvimento de competências de suporte a uma prática especializada nesta área de intervenção.

A formação realizada nos diferentes contextos clínicos promoveu não só o desenvolvimento de competências diretamente afetas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituíram como determinantes na prestação de cuidados de enfermagem, neste campo de intervenção (Abreu, 2007).

A experiência vivenciada não se referencia apenas na passagem do tempo, mas sim ao melhoramento da teoria em si e das noções pré-concebidas pelo encontro de situações reais que acrescentam nuances ou diferenças à teoria, desta forma a vivência prática é sempre mais complexa e permite apresentar muitas mais realidades da que pode ser aprendida pela teoria (Benner, 2001). Esta aprendizagem em experiência é uma condição indispensável para os enfermeiros, não só pela constante evolução do conhecimento técnico e científico na área da saúde, mas essencial no desenvolvimento da perícia em que a experiência se apresenta como uma condição indispensável ao seu desenvolvimento (Benner, 2001).

2.1. Cuidar da pessoa/família em situação de sépsis ou suspeita de sépsis no SU

Para um entendimento mais completo das condições deste exercício, importa apresentar o seu contexto, uma vez que o mesmo não só promove e constrói a realidade da intervenção, como ainda enquadra as circunstâncias da sua realização.

A estrutura física, logística e recursos humanos dos serviços de urgência são definidos pelo Despacho n.º 10319/2014 por forma a responderem ao doente urgente e emergente (Ministério da Saúde, 2014a). Assim, urgências são definidas como todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com

risco de estabelecimento de falência de funções vitais. A emergência, por sua vez, é entendida como todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (DGS, 2001). Desta forma, as situações clínicas enquadráveis nestas definições necessitam de referenciação hospitalar com a diferenciação suficiente para um atendimento correto sob o ponto de vista técnico e científico (DGS, 2001). Neste âmbito, o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, oferecendo resposta de proximidade à população da sua área a cerca de 750.000 a 1.000.000 de habitantes. Com um portfolio de especialidades abrangente, os SUP's nos grandes centros garantem a resposta articulada entre os diferentes SU em determinadas áreas de especialidade de acordo com a planificação da ARS e a concordância do INEM. Nos SUP's deve ainda existir uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, bem como a possibilidade da sua referenciação como Centro de Trauma, Centro de Oxigenação por Membrana Extracorporal ou Centro de Medicina Hiperbárica. Assim o SU no qual foi realizado o estágio é classificado como um SUP (Ministério da Saúde, 2008), responde a doentes de baixo risco, os quais não apresentam risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata, bem como a doentes de alto risco, com risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata, traduzindo-se assim em situações resultantes da agressão sofrida por um individuo por parte de qualquer fator, causadora da perda de saúde de forma brusca e violenta, a qual ameaça a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida, requerendo assistência imediata (Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Ordem dos Médicos, 2008). A área de influência direta da unidade hospitalar à qual o SU pertence, corresponde à Unidade Setentrional de Lisboa, sendo ainda instituição de referência para atendimento de urgência a 4 freguesias do distrito, situadas a norte do concelho de Lisboa, centrando a sua atividade na prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência, abarca também a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa. No ano de 2017 foram efetuados 228.205 atendimentos em serviço de urgência, sendo que apenas 10,9% corresponderam a internamento, especificamente o SU tem uma média de 500 doentes admitidos por dia em todas as valências médicas e cirúrgicas, com diferentes graus de gravidade e patologias e presta cuidados médicos urgentes a cerca de 310

000 utentes. Esta elevada casuística, mostra-se determinante na aquisição e desenvolvimento experiencial em prática clínica que procurava (Benner, 2001).

A nível estrutural o SU é constituído por duas áreas: a área de ambulatório e a área de internamento. À área de ambulatório correspondem os setores da triagem, duas salas de reanimação, sala de espera da prioridade laranja, amarela, e verde/azul, cada uma com uma sala de tratamentos de enfermagem, uma sala para doentes exclusivamente do foro respiratório designada como sala de aerossóis, um gabinete de cirurgia e sector de pequena cirurgia, e um setor de ortopedia com duas salas. Possui ainda uma Sala de observação (SO) com 16 unidades de internamento dirigida a internamentos de curta duração com estabilização da situação clínica do doente e posterior transferência para enfermaria ou unidade, sendo que todas as unidades têm capacidade de monitorização eletrocardiográfica, pressão arterial não invasiva, saturação periférica de O₂, bem como capacidade para efetuar ventilação não invasiva. A nível de recursos humanos, a equipa de enfermagem do SU é assim constituída pelo Enfermeiro chefe, enfermeira de coordenação do SU e por 4 equipas de enfermagem com uma equipa de assistentes operacionais alocada respetivamente. Cada uma das 4 equipas de enfermagem é constituída por um coordenador de equipa, por um subcoordenador e por 19 a 20 enfermeiros. Nos diferentes setores do serviço existe pelo menos um enfermeiro, sendo o enfermeiro alocado à pequena cirurgia partilhado com a ortopedia. Globalmente os recursos humanos do SU incluem além de enfermeiros, equipas médicas das diferentes especialidades, assistentes operacionais, assistentes sociais, brigada de limpeza, técnicos de análises clínicas, técnicos de cardiopneumologia e radiologia assim como uma equipa de voluntários que diariamente coopera com a restante equipa multidisciplinar. Este enquadramento colaborativo, reúne profissionais de saúde com competências distintas, mas ainda assim complementares, na resposta às necessidades complexas do doente e família (Howard & Steinmann, 2010).

No âmbito da equipa multidisciplinar que aborda o doente na entrada no SU, é muitas vezes o enfermeiro que tem um contacto mais alargado e intensivo com o doente, sendo favorável o seu posicionamento como coordenador da equipa multidisciplinar (Howard & Steinmann, 2010). Facto que na realidade vivenciada, não se reverte com esta significância, mas adquire em parte este papel através do contacto com os diferentes profissionais intervenientes solicitando a sua intervenção e em

alguns momentos efetuando a gestão das intervenções junto do doente e desta forma, gerindo os cuidados em situação de emergência, atribuindo e desenvolvendo os papéis dos membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A contextualização do desempenho da enfermagem de urgência, surgiu na época de Florence Nightingale, evoluindo como prática especializada no decorrer dos últimos 35 anos (Howard & Steinmann, 2010). A observação da pessoa, dos seus sinais e sintomas, como indicadores de melhoria ou deterioração do seu estado de saúde, bem como o agrupamento dos soldados em 1854 durante a guerra da Crimeia, consoante a gravidade dos seus ferimentos e a sua alocação a uma posição mais próxima ao posto da enfermeira, sugerem a embrionária conceptualização de enfermagem de urgência (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004).

A enfermagem de urgência é assim explícita como a prestação de cuidados a pessoas de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de intervenções (Howard & Steinmann, 2010). Os problemas assim identificados no âmbito da enfermagem de urgência, podem ser reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais e a sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino à pessoa/família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais (Howard & Steinmann, 2010).

No SU, a diversidade de situações passíveis de intervenção identifica-se com o percurso profissional que desenvolvi, contudo, e apesar do meu especial apreço por esta área, tenho consciência da especificidade do seu exercício no SU e do necessário corpo de conhecimentos e experiência para aí intervir. A enfermagem de urgência é pluridimensional e implica o conhecimento de vários sistemas do organismo, de processos patológicos e faixas etárias, comuns a outras especialidades de enfermagem (Howard & Steinmann, 2010), pelo que foi com muita humildade e vontade em aprender que vivi este período.

Desde 2003 que está instituído o sistema de triagem de Manchester que preconiza a atribuição de cores consoante a prioridade apurada no momento da triagem. As prioridades vão do vermelho (emergente) ao azul (não urgente) passando pelas cores laranja (muito urgente), amarelo (urgente) e verde (não urgente), cumprindo assim o normativo da Direção Geral de Saúde. A triagem de Manchester hierarquiza as prioridades de atendimento, sendo coincidente as prioridades

atribuídas à necessidade de maior alocação de recursos, inclusive recursos de internamento (enfermaria ou cuidados intensivos), este é um facto muito pertinente no âmbito da gestão do serviço como uma organização de resposta ativa perante as solicitações (Machado, 2008). O desenho de estrutura física servidora de uma estratégia de fluxos e circuitos de doentes por nível de prioridade de observação ou por tipologia de problema clínico favorece a organização e alocação de recursos humanos e materiais (Paiva et al., 2012). Assim neste âmbito, a existência de um sistema de triagem aliado a circuitos definidos de doentes, permite e favorece a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, identificando prontamente focos de instabilidade, respondendo ainda de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

As salas de reanimação 1 e 2, bem como o SO foram por mim considerados como áreas de desempenho dedicadas ao doente crítico, não só pela capacidade técnica de intervenção como pelo rácio e diferenciação dos elementos aí alocados, os quais dirigem a sua intervenção para a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018b; Ordem dos Médicos, 2008). A abordagem do doente crítico na sala de reanimação é inicialmente realizada pelo enfermeiro responsável pelos doentes dessa sala e é este que faz a avaliação inicial do doente, identificando as situações de risco potencial ou real e identifica ainda as necessidades de recursos humanos ao nível das especialidades médicas que é necessário ativar. É da responsabilidade do enfermeiro a vigilância e monitorização destes doentes no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

Globalmente, nas salas de reanimação e no SO, colaborei e prestei cuidados de enfermagem a doentes emergentes com patologia muito variada, quer do foro médico, por insuficiência respiratória, dor torácica, com disritmias em peri-paragem, quer a doentes do foro cirúrgico com complicações cirúrgicas tardias e ainda a doentes do foro traumatológico na situação de grandes politraumatizados e também monotrauma de membros. Nesta prestação de cuidados, antecipei a instabilidade e risco de falência orgânica, identifiquei situações de instabilidade hemodinâmica e de exaustão respiratória reagindo prontamente aos focos de instabilidade, alertando os

membros da equipa multidisciplinar e antecipando as medidas de intervenção emergentes a serem implementadas, com preparação do material para abordagem diferenciada da via aérea e utilização e gestão do carro de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Intervim em doentes em situação de disritmia peri-paragem, enquadrando-se assim estas intervenções no âmbito de suporte avançado de vida, nesta sequência de cumprimento à implementação de medidas terapêuticas complexas com aplicação de *pace-maker* externo, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, como perfusões inotrópicos, monitorizando a adequação da sua resposta. Avaliei e monitorizei a eficácia das intervenções efetuadas, estando atento a eventuais complicações decorrentes da intervenção, nomeadamente na imobilização de membros traumatizados vigiando o estado neurocirculatório do mesmo, ou na simples condição de aumento do débito da oxigenoterapia (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Prestei cuidados a doentes em fase crítica com dor, efetuando uma gestão diferenciada da dor, com recurso, sobretudo nesta fase a medidas farmacológicas no seu alívio, mas também não farmacológicas. Alertando ainda a equipa médica para este facto não só após a sua identificação, como também na necessidade do seu reforço. Neste âmbito, colaborei inclusive na realização de anestesia loco-regional em doente do foro cirúrgico, desenvolvendo habilidade na gestão de situações de sedo-analgesia (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Nos cuidados prestados aos diferentes doentes, promovi e colaborei ativamente no transporte de doente crítico em âmbito intra-hospitalar, acompanhando o mesmo na realização de exames imagiológicos (tomografia axial computadorizada, ecocardiografia) urgentes, durante estes transportes colaborei e mantive o nível de cuidados assistencial do local de origem, promovi a vigilância clínica do doente e garanti a segurança de atuação e intervenção com recurso aos equipamentos de monitorização (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Assim, em várias situações, foi demonstrado que a enfermagem de urgência é caracterizada pela necessidade de uma intervenção rápida, eficiente e sustentada, pela necessidade de o enfermeiro ter que se adaptar constantemente a novas situações e pela capacidade de trabalhar sob pressão e stress (Howard & Steinmann, 2010).

Durante todo o período de estágio existiu a preocupação da minha integração não só na equipa de enfermagem, mas também na dinâmica da equipa multidisciplinar, apesar do contexto de equipa encontrar expressão em quase todos os aspetos da nossa vivência profissional (McFarlane, 2015), neste específico campo a

capacidade de se relacionar e gerir a sua intervenção na dinâmica de equipa é fundamental. As práticas de trabalho em equipa são reconhecidas como cruciais na promoção e garantia da segurança do doente, uma vez que os erros em saúde ocorrem habitualmente por falha no desenvolvimento das atividades compartilhadas (Courtenay, Nancarrow, & Dawson, 2013), facto que em urgência é contexto habitual de desempenho. Assim a minha integração na equipa multidisciplinar e na dinâmica organizacional foi um processo contínuo. Entenda-se assim a integração, como determinante no sucesso de adaptação do indivíduo à organização e de forma consequentemente no seu desempenho, uma vez que promove a aquisição de autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e o desenvolvimento de competências (Carvalho, 2016).

Neste estágio, a ênfase do meu desempenho não se centrou particularmente na problemática do doente com sépsis, por via da condição de ser um SU de adultos de um SUP, a abrangência do doente crítico e a aquisição e desenvolvimento de capacidades na sua abordagem e gestão, tal como previsto tiveram maior ênfase e foram sempre uma constante. Os objetivos traçados que guiaram este percurso foram atingidos, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica. Desta forma, tendo como referencial o plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010) e os documentos emanados pela Ordem dos Enfermeiros no que diz respeito às competências, tanto comuns a todos os especialistas (Ordem dos Enfermeiros, 2010, 2019), como específicas da área de especialização da pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b), pode-se afirmar que foram adquiridas competências especializadas, em particular no:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, identificando e antecipando focos de instabilidade;
- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando complicações, implementando resposta e monitorizando a sua adequação;
- Fazer a gestão diferenciada da dor, otimizando as respostas, com intervenções em âmbito farmacológico e não farmacológico;
- Efetuar a gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;

- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional
- Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, refletindo ainda sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações;
- Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão;
- Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador;

O desenvolvimento de competências neste campo de estágio foi sustentado para além da revisão da literatura, na interação e discussão com peritos, observação e interação de realidades diferentes do meu contexto de trabalho, auto-análise e auto-crítica do meu desempenho e reflexão sobre práticas e competências desenvolvidas.

2.2. Cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis na UCI

O desenvolvimento verificado nos cuidados de saúde nas últimas décadas, registou igualmente o desenvolvimento na área dos cuidados intensivos, na sua capacidade para monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis. Adquiriram-se novos conhecimentos nas áreas da fisiologia, da patologia e da terapêutica que, associados aos vários desenvolvimentos tecnológicos, modificaram completamente a capacidade de diagnóstico e os potenciais de prevenção e tratamento de doenças até há pouco tempo fatais (Penedo et al., 2013). Assim e neste âmbito, a epidemia de poliomielite em Copenhaga em 1952, constituiu um desafio que levou ao desenvolvimento das primeiras UCI, nomeadamente com a utilização de suporte respiratório em doentes com insuficiência respiratória por poliomielite bulbar.

Em Portugal, as primeiras unidades de cuidados intensivos surgiram no final da década de 50 do século passado (Paiva et al., 2013). Os serviços/unidades de cuidados intensivos, são assim definidos como locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais (DGS, 2003). A área multidisciplinar relacionada com os cuidados intensivos aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente ou estabelecida (Penedo et al., 2013). A UCI assume-se assim como um local qualificado para a prestação na totalidade de cuidados integrais aos doentes com falências múltiplas de órgãos, com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes, exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização contínua das funções vitais dos doentes, a fim de prevenir e detetar complicações (DGS, 2003). Neste âmbito, a caracterização do nível assistencial das unidades de acordo com a Sociedade Europeia de Medicina, definem-se em 3 níveis. O nível I, objetiva a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros serviços/unidades de nível superior. O nível II, tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais. Pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Por sua vez as unidades de nível III, referem-se exclusivamente à designação de Serviço de Medicina Intensiva (SMI)/UCI nos Hospitais Portugueses. As unidades nível III comportam equipas médicas e de enfermagem funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas, pressupõe ainda a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos, constitui-se assim como o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2014). Na UCI, na qual foi realizado o estágio dispõem de 16 camas nível III e 8 camas nível I, sala de Hemodiálise (HD) com 2 postos e sala de procedimentos invasivos, recebendo doentes do foro médico e cirúrgico. Na dotação de recursos é composta por 80 Enfermeiros (13 por turno), 18 assistentes

operacionais e 16 médicos, o rácio de enfermagem é mantido em contínuo na razão de 1 enfermeiro por cada 2 doentes em nível III e 1 enfermeiro por cada 4 doentes em nível I.

O doente admitido na UCI é reconhecido como estando em situação crítica/grave, que requer por isso cuidados permanentes dirigindo a sua intervenção para a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b). Assim os cuidados de enfermagem ao doente crítico são contínuos, e específicos nas respostas às necessidades afetadas e funções vitais em risco, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A dedicação de um espaço físico específico votado ao cuidar do doente crítico foi criado por Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia, deu-se assim um passo revolucionário para os cuidados críticos moderno, ao separar os soldados consoante a gravidade dos seus ferimentos. Uma componente chave para os cuidados intensivos à PSC, é a frequência e a intensidade de monitorização, um sistema que a autora reconheceu, monitorizando os soldados mais graves, com maior regularidade e com um maior rácio enfermeira/doente (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Em 1863, Nightingale utilizou esta metodologia ao criar um pequeno espaço ao lado do bloco operatório, onde eram alocados os soldados após uma intervenção cirúrgica, dando origem às primeiras unidades pós-anestésicas. Foi com o desenvolvimento destas que surgiu o conceito de UCI, através da utilização de alta tecnologia, desenvolvida para o cuidado intensivo, e pela admissão de utentes do foro não cirúrgico (Carrillo-Esper, 2011).

As UCI's representam uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial (Vias Verdes) – em especial de Sépsis – apoio às salas de emergência dos Serviços de Urgência, etc. Tem ainda, por indicação da DGS, um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (Penedo et al., 2013).

Aquando da admissão do doente e no processo de acolhimento ao doente e família, é proporcionado um momento de reunião/entrevista do enfermeiro responsável pelo doente aos familiares, em sala própria destinada à transmissão de informação e acolhimento à família. A minha presença e intervenção no processo de acolhimento, permitiu recolher os dados do doente e do cuidador responsável, neste momento foram facultadas informações relativamente ao funcionamento da unidade e esclarecidas dúvidas. Este momento foi ainda consubstanciado pela entrega de um panfleto aos familiares, o qual reflete informações fundamentais no contacto e relação com a unidade. Foi um momento fundamental no estabelecimento da relação, uma vez que o internamento numa UCI constitui um evento inesperado que envolve repercussões não só a nível individual, como familiar. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro percecione a família da PSC como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz, na qual o âmbito da informação proporcionada pelos enfermeiros deve ir de encontro às necessidades de informação sentidas pela família, onde a comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro, bem como o conteúdo da informação proporcionada constituem os aspetos considerados significativos no processo de comunicação enfermeiro-família (Borges, 2015). Considero assim que, neste âmbito, dei início a uma relação terapêutica, interagindo de forma dirigida perante a família, reconhecendo o impacto da interação na relação terapêutica junto da pessoa e família em situação crítica e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa e família em situação crítica. Assim, promovi o estabelecimento e gestão da relação terapêutica perante a pessoa, família em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Tive ainda a oportunidade de comunicar em diferentes momentos com os familiares aquando do período das visitas, esclarecendo dúvidas, acalmando anseios relacionados com o internamento do seu familiar, facilitando igualmente o momento relacional intenso que se vive, quando se visita alguém em situação crítica, que é definido como uma experiência geradora de medo, ansiedade, insegurança e preocupação. Uma vez, que as características físicas e estruturais da unidade, nomeadamente, a existência de aparelhos diferenciados e avançados, os constantes alarmes e a instabilidade e gravidade do estado clínico, contribuem para uma dinâmica geradora de tensão (Borges, 2015). Coadjuvei o enfermeiro e o médico responsável pelo doente, numa específica situação de

comunicação de más notícias, na qual utilizei diferentes estratégias comunicacionais como o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, a escuta ativa e o ambiente tranquilo, sem interferências e com privacidade. Neste âmbito, demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família em situação crítica do seu familiar e fiz uso de conhecimentos e habilidades que se mostraram facilitadores do processo de luto que se iniciava e simultaneamente promovi a “dignificação da morte” perante tal contexto, assistindo assim a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Os cuidados de enfermagem à PSC, afirmam-se como altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Neste âmbito, é da responsabilidade do enfermeiro a vigilância e monitorização destes doentes no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de órgãos, assim a polivalência desta UCI deu-me oportunidade de prestar cuidados e vivenciar diferentes situações clínicas referentes a patologias de diferentes foros. Assim, prestei cuidados à pessoa com técnicas de suporte vital que desconhecia, como a técnica de *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO), sendo que neste âmbito a vida do doente está dependente do correto funcionamento do circuito de circulação extra-corporal e, tal como acontece na generalidade dos cuidados de saúde, os enfermeiros são habitualmente os primeiros a responder, diagnosticar e intervir em situações de emergência. Desta forma, tal como no habitual contexto de cuidados críticos, são eventos que ameaçam a vida do doente, sendo necessária a implementação rápida de intervenções que a permitam preservar (Benner et al., 2011).

Foi novo e momento de aprendizagem, vivenciar cuidados à pessoa sob ventilação mecânica invasiva posicionada em decúbito ventral. Neste âmbito, existem diferentes estudos (Albert & Hubmayr, 2000; Vêras et al., 2019) que demonstram uma melhoria da hipoxemia em doentes com lesão pulmonar aguda e com síndrome de dificuldade respiratória aguda, desta forma o decúbito ventral é habitualmente utilizado como manobra coadjuvante em doentes com hipoxemia grave e persistente. Dada a

especificidade do posicionamento e o grau de gravidade destes doentes, a equipa multidisciplinar e em especial os enfermeiros devem possuir conhecimentos específicos na realização e coordenação desta técnica para que a sua execução decorra sem intercorrências (Pimentel et al., 2013). Prestei ainda cuidados a doentes com oxigenoterapia de alto fluxo o que, sendo uma terapia nova para mim, possibilitou aprofundar conhecimentos sobre esta temática. Esta técnica representa um importante avanço nas alternativas para o suporte ventilatório não-invasivo em doentes com insuficiência respiratória aguda, a sua utilização permite em comparação com as técnicas de ventilação não invasivas clássicas, maior conforto, diminuição da necessidade de ventilação mecânica invasiva e consequentemente reduzir as taxas de reintubação (Bonfim, 2018). neste quadro de cuidados, identifiquei de forma precoce focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipada, alertando o clínico responsável e realizando intervenções no sentido de estabilizar a condição que se apresentava (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Os doentes em âmbito de UCI, configuram uma circunstância de intervenção de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos, tendo havido necessidade de demonstrar conhecimentos e habilidades em âmbito de suporte avançado de vida, identificando ritmos cardíacos e conceptualizando a sua tradução fisiopatológica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Os doentes em estado crítico, necessitam de uma constante vigilância, uma vez que têm frequentemente alterações ou risco potencial de doença ou complicações cardiovasculares, sendo exigindo assim aos enfermeiros competências na avaliação da função cardíaca, bem como de todos fatores com ela relacionada, igualmente na prestação de cuidados doentes em situação de lesão vertebro medular, houve necessidade de demonstrar conhecimentos e perícia na interação com estes doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Durante o período de estágio tive oportunidade de colaborar e administrar protocolos terapêuticos complexos, assim nesta sequência dei cumprimento ao início de perfusões de terapêutica inotrópica, com a sua subsequente gestão de acordo com o perfil e resposta hemodinâmica, igualmente com aplicação do protocolo de controlo da glicemia capilar e a sua dinâmica regulação. Qualquer valor de hiperglicemia durante o internamento numa UCI está associado a um aumento da mortalidade hospitalar, para além de poder ser uma consequência da gravidade da doença, a hiperglicemia pode também agravar a recuperação do doente (Krinsley, 2003). Neste âmbito avaliei e monitorizei a eficácia das intervenções efetuadas, estando atento a eventuais complicações decorrentes da intervenção, provi

a intervenção de enfermagem adequada à complicação detetada, monitorizando e avaliando a adequação das respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A dor em doentes críticos, é comum e a sua gestão representa sempre um desafio. Apesar de conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento, existe a tendência dos profissionais de saúde subestimarem a dor no doente crítico. Neste aspeto, saliente-se que entre 50 a 65% dos doentes internados sentiram dor e 15% destes referiram uma intensidade moderada a severa durante mais de 50% do seu internamento hospitalar (Pinho, Carneiro, & Alves, 2011). Neste âmbito, identifiquei alterações fisiológicas indiciadoras de dor ou mal estar, promovi a precoce gestão antialgíca de âmbito farmacológico junto da equipa médica sensibilizando-os para a necessidade do seu reforço ou escalonamento previamente aos procedimentos a instituir. Igualmente em âmbito não farmacológico, promovi alterações e mobilizações posicionais ou de decúbito prevenindo o desconforto e consequente algia posicional. Na UCI verificou-se igualmente a frequência de doentes sob sedo-analgesia, como o caso de doentes com perfusão de dexmedetomidina, direccionada para um alvo de -3 a 0 na escala Richmond Agitation-Sedation Scale, como tal decorrente da avaliação da respetiva escala foi promovido o escalonamento sedativo e analgésico. Assim neste âmbito, considero ter promovido a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A extraordinária dinâmica e complexidade de uma UCI, obrigam a períodos constantes de atualização de conhecimentos bem como a reflexões relativas às práticas hospitalares. A reflexão é assim uma ferramenta vital de aprendizagem, assume-se como a resposta à experiência, onde o indivíduo recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia. Neste âmbito, a reflexão sobre a prática assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016). Tive assim oportunidade de partilhar com a equipa e em particular com o enfermeiro orientador, alguns dos conceitos que fui aprofundando relativos à prática clínica especializada e que nos permitiu, em conjunto, olhar para a PSC de forma orientada e sistematizada, hierarquizando as prioridades a estabelecer nos cuidados emergentes. Foi assim possível abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010). Considero assim que, cuidei da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica,

executando cuidados de alta complexidade (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Nightingale, na prática desenvolvida no conflito da Crimeia no século XIX, enfatizou a importância da higiene, limpeza e padrões de cuidados e condições sanitárias, a fim de evitar as infecções hospitalares, verificando-se então na altura uma eficaz redução das mortes de soldados feridos, de 42% para 2%, por infecção, a par da melhoria sua recuperação (Martins & Benito, 2016). Com as suas observações, passaram a valorizar-se as necessidades dos doentes e as condições ambientais como a limpeza, iluminação natural, ventilação, odores e sistemas de esgotos. Defendeu a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos, bem como explicitou a transmissão de infecção, especialmente por contacto com matéria orgânica (Gonçalves, 2012).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), também conhecida como infecção nosocomial ou intra-hospitalar, é algo que remonta ao tempo de Hipócrates que relatou as chamadas “febres contagiosas”. A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde apresenta-se como uma condição infecciosa adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. A denominação destas infecções como nosocomiais não considera a sua abrangência, uma vez que exclui o ambulatório. O conceito de IACS é, como tal, mais abrangente já que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde (Cristino et al., 2007). Desta forma, a IACS é uma doença localizada ou sistémica que resulta de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina, a qual não estava presente ou em incubação na altura da admissão no hospital/unidade de prestação de cuidados de saúde. São assim infecções passíveis de ser adquiridas em outros locais de prestação de cuidados de saúde, tais como centros de saúde e lares, e/ou então por transmissão cruzada entre portadores colonizados assintomáticos. Neste âmbito, considera-se a sua manifestação apenas após 48h da admissão hospitalar, período este que corresponde ao período de incubação mais comum, essencialmente em infecções de origem bacteriana. Existem contudo agentes etiológicos com outros períodos de incubação, devendo ser estabelecido para a situação o nexo de causalidade entre a hospitalização/prestação de cuidados de saúde e a infecção (Oliveira, 2009). Os enfermeiros têm responsabilidade na procura

de um ambiente hospitalar biologicamente seguro, confortável e livre de infeções hospitalares, assumindo funções de prevenção e controlo da contaminação deste ambiente (Martins & Benito, 2016).

Assim, a vivência deste contexto de estágio clínico, com forte pendor nos aspetos relacionados com a prevenção e controlo da infeção hospitalar, sob um desígnio de desenvolvimento de competências de análise e intervenção junto da pessoa em situação crítica em sépsis/choque séptico, permitiu-me maior perspicácia nos aspetos relacionados com a prevenção da disseminação de agentes infecciosos e/ou infeções nas áreas de prestação de cuidados da UCI. De facto, refletindo sobre a estrutura física da própria unidade, as dinâmicas de trabalho interno da UCI, na organização, divisão de tarefas e alocação de doentes. Refletindo ainda, no formato de passagem de turno, na configuração em que é organizada a substituição de elementos de enfermagem nas salas atribuídas, da tipologia/quadro infeccioso dos doentes e do contexto e formato em que a visitas se realizam, interpretei como necessário, adequado ao contexto e dinâmica do estágio a revisão do Procedimento setorial de Precauções de Isolamento. A reflexão sobre a prática, para além de estar ancorada nos conceitos de aprendizagem reflexiva e reflexão em contexto clínico, foi inicialmente concebida para que profissionais especializados pudessem refletir sistematicamente sobre eventos clínicos, residindo neste âmbito a sua relevância. No processo de aprendizagem, refletir sobre a experiência, revivendo-a, interpretando-a e avaliando-a, promove uma conduta reflexiva, a qual é fundamental na construção do profissional autónomo e com sentido crítico (Peixoto & Peixoto, 2016).

Assim, em conjunto com o enfermeiro orientador promovi a atualização e desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção controlo e infeção, associado e ancorado na revisão da referida norma de isolamento (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Nesta circunstância, foi realizada proposta de atualização do Guia de acolhimento à família e visitas. Não são colocadas em apêndice, ao presente relatório, a revisão da norma de isolamento, nem a proposta de atualização do Guia de acolhimento à família e visitas, uma vez que os referidos documentos aguardam aprovação interna da chefia e direção do serviço.

Esta revisão do procedimento setorial, objetivou a normalização da sinalética identificadora da tipologia de isolamento e foi adicionada contextualização e orientações de procedimento dirigidas aos visitantes. Neste particular, os riscos para

a saúde dos visitantes e o seu papel na transmissão horizontal de microrganismos em hospitais não é claramente definido, consequentemente, permanece a incerteza sobre que precauções os visitantes devem tomar quando interagem com doentes sob medidas de isolamento (Munoz-Price et al., 2015). Assim, na norma setorial foram introduzidas recomendações de carácter geral dirigidas aos visitantes, na qual se destaca a higienização das mãos previamente à entrada na unidade do doente e imediatamente à saída da mesma, para além da necessária intervenção do enfermeiro junto do visitante para a sua cooperação e adesão às medidas de controlo de infeção, sendo que estas devem ser adequadas à situação de isolamento vivida pelo doente (Munoz-Price et al., 2015). Desta forma, procurei promover e facilitar a adesão da família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo da infeção, mediante o contexto de prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Ainda no âmbito das precauções de isolamento, deve ser considerada a gestão da colocação dos doentes, onde a cadeia epidemiológica de infeção deve estar subjacente, a par da sua situação clínica, suscetibilidade imunológica e grau de colaboração. O cuidado na colocação de doentes é mais uma barreira à transmissão de agentes patogénicos e a implementação de medidas de isolamento físico, por si só, não são efetivas na prevenção e controlo da transmissão de infeção, podendo considerar-se como mais uma medida do conjunto das precauções padrão. Estas práticas há muito iniciadas por Nightingale, foram ao longo dos anos consolidando-se do ponto de vista científico e atualmente ainda são aplicáveis nos cuidados aos doentes, com particular acuidade (Martins & Benito, 2016). Neste campo o enfermeiro tem particular responsabilidade, assente no pressuposto ambientalista de Florence Nightingale, o enfermeiro tem responsabilidades no controlo do ambiente envolvente, o qual pode condicionar de forma direta ou indireta a situação do doente (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Reflete-se assim uma vez mais a intervenção privilegiada do enfermeiro nesta área, associada ao seu quadro de responsabilidade profissional e ética, sobre a qual e para a qual é interpretado como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC que, em virtude da complexidade da situação e a necessidade de respostas temporalmente adequadas e vantajosas perante a PSC e/ou falência orgânica, maximiza a prevenção, intervenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

2.3. Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em contexto extra-hospitalar

O Instituto Nacional de Emergência Médica é um instituto público com autonomia administrativa e financeira, dirigido por um conselho diretivo, dependente do Ministério da Saúde. É um organismo central com jurisdição sobre o território continental, possuindo serviços de apoio centrais e três delegações regionais. Tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2012). O SIEM configura-se em um conjunto de entidades que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de trauma ou doença súbita. Estas entidades são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e os Centros de Saúde. O sistema começa quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência, e a ligação dirige-se para uma central de emergência da PSP. O atendimento das chamadas compete à PSP e quando o motivo da chamada é relativo a situações de urgência e emergência na área da saúde, a mesma é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Atualmente existem três CODU em funcionamento: Lisboa, Porto e Coimbra, em funcionamento 24 horas por dia. Ao CODU compete receber e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de ajuda, definindo os recursos de emergência a atribuir a cada caso, com o objetivo de estabelecer os recursos essenciais e adaptados à situação, acionando assim o meio de emergência de acordo com a circunstância em causa e a proximidade do local de ocorrência. O INEM dispõe de vários meios de intervenção no terreno: Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (ASBV), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, Motociclos de Emergência Médica, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e os Helicópteros de Emergência Médica. Paralelamente são integrantes do SIEM os meios de intervenção em situações de exceção ou em acidentes graves, nomeadamente as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), Hospital de Campanha, Posto Médico Avançado e Unidade Móvel de Intervenção

Psicológica de Emergência. O INEM, realiza ainda o transporte secundário entre unidades de saúde de doentes em estado crítico, quando solicitado e no caso particular de transporte de crianças, existe o serviço específico denominado por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis, a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local da ocorrência, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada (Ministério da Saúde, 2012).

Neste âmbito, a tipologia de Ambulância de Suporte Imediato de Vida, é criada em Portugal no ano de 2007, sendo definida na sua composição a presença e desempenho do Enfermeiro em âmbito extra-hospitalar. A tripulação deste meio é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar. Este meio encontra-se vocacionado para o transporte com acompanhamento de vítimas de doença súbita ou acidente, objetivando a sua estabilização pré-hospitalar e o transporte de doente crítico, com recurso a equipamentos de suporte imediato de vida que a capacita (Ministério da Saúde, 2014b). A diversidade de intervenção do enfermeiro em âmbito do seu exercício profissional na SIV, configura-se assim pela definição do meio, visando a segurança do doente e de forma mais lata a PSC.

Como tal, neste âmbito o enfermeiro aborda a situação, definindo-a num primeiro tempo, com base na tipologia do pedido de socorro efetuado, identificando fatores socioeconómicos de evidência relevante, a principal queixa que é salientada pelo doente e família e na intuição que o contexto lhe sugere (Benner, 2001; Benner et al., 2011; Brier et al., 2015). A avaliação do doente com base na metodologia ABCDE, favorece a identificação de situações potenciadoras do risco de vida, com base nesta avaliação aliada à semiologia e na interpretação multifatorial da situação, o enfermeiro em exercício SIV, enquadra a sua intervenção junto do doente e família em protocolo terapêutico específico devidamente balizado, mantendo a liberdade na forma como promove e organiza a sua intervenção.

O contexto de equipa encontra expressão em quase todos os aspetos da nossa vivência profissional (McFarlane, 2015), neste contexto o enfermeiro consciente do seu papel enquanto membro integrado em uma equipa, deve conhecer as

características de uma equipa efetiva para o seu desempenho como ator e dinamizador, que passa pela definição de objetivos, o clima colaborativo, a orientação para os resultados, a competência dos seus membros, o compromisso entre todos, os padrões de excelência, forte sistema de apoio formal e informal e uma liderança forte. Na equipa SIV o enfermeiro assegura as funções de chefe de equipa, assumindo este fato uma importância fundamental para o desenvolvimento das intervenções a realizar e na sua intrínseca gestão. Desta forma, a comunicação tem um papel fundamental na dinâmica relacional entre os membros da equipa SIV, sendo que a eficácia desta fluída comunicação deve ser sempre garantida. Atente-se ainda que, a eficácia da comunicação em ambientes de urgência /emergência ou no desenvolvimento de atividades críticas, projeta o trânsito da informação e a sua transformação em atos juntos do doente. Ora dificuldades na clareza, fluidez e interpretação do conteúdo da mensagem pode significar, a não realização ou a realização incorreta de determinado procedimento com consequências diretas na razão da sua emergência ou necessidade, este fato em SIV é determinante e deve ser garantido (Courtenay et al., 2013).

Durante os períodos de estágio, experienciei situações muito diversas nas quais foi possível em um formato adaptado e diferente da prática hospitalar, acolher o doente e família, recolher os dados do doente, da família e por vezes do cuidador responsável. Este foi um momento, em que em algumas circunstâncias também foi esclarecido e clarificado junto da família e cuidador o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, as funções dos meios de emergência e o que era expectável que à sua situação pudesse prover, bem como foram clarificadas muitas dúvidas e confusões que esta área de desempenho extra-hospitalar ainda propicia, uma vez que em determinadas circunstâncias a disponibilidade de uma simples ambulância, não constitui por si só o melhor meio de socorro. Este é um momento fundamental no estabelecimento da relação, uma vez que a inesperada ocorrência de doença ou trauma constitui um episódio inopinado que envolve repercussões não só a nível individual, como familiar. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro percecionasse a família da PSC como alvo dos seus cuidados, compreendendo-a no seu todo e identificando as suas necessidades, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada numa comunicação eficaz, fundamental neste momento de grande incerteza, na qual o âmbito da informação proporcionada pelo enfermeiro deve ir de encontro às necessidades de informação sentidas pela família, onde a

comunicação não-verbal e as atitudes comunicacionais do enfermeiro, bem como o conteúdo da informação proporcionada constituem os aspetos considerados significativos no processo de comunicação enfermeiro-família (Borges, 2015).

Considero assim que neste âmbito, dei início a uma relação terapêutica, interagindo de forma dirigida perante a família e doente, reconhecendo o impacto da interação na relação terapêutica junto da pessoa e família em situação crítica e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa e família em situação crítica. Assim promovi o estabelecimento e gestão da relação terapêutica perante a pessoa, família em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Tive ainda a oportunidade de comunicar em diferentes momentos com os familiares no final do transporte do seu familiar/amigo à unidade hospitalar, esclarecendo dúvidas, acalmando anseios relacionados com o episódio de urgência do seu familiar, facilitando igualmente o momento relacional intenso que se vive, quando se vivencia alguém em situação crítica, que é definido como uma experiência geradora de medo, ansiedade, insegurança e preocupação. As características físicas e estruturais das salas de reanimação, nomeadamente, a existência de aparelhos diferenciados e avançados, os constantes alarmes e a instabilidade e gravidade do estado clínico, contribuem para uma dinâmica geradora de tensão (Borges, 2015). Coadjuvei o médico da VMER nas específicas situações de comunicação de más notícias, na qual utilizei diferentes estratégias comunicacionais como o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, a escuta ativa e o favorecimento do ambiente tranquilo, com o mínimo de interferências e com a privacidade possível para o efeito. Neste âmbito, demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela família em situação crítica ou mesmo de morte do seu familiar e fiz uso de conhecimentos e habilidades que se mostraram facilitadores do processo de luto que se iniciava e simultaneamente promovi a “dignificação da morte” perante tal contexto, assistindo assim a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Os cuidados de enfermagem à PSC, afirmam-se como altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções

básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b)

Neste âmbito, é da responsabilidade do enfermeiro SIV a vigilância e monitorização do doente a seu cargo no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de sistemas ou órgãos, assim a diversidade da casuística da SIV deu-me oportunidade de prestar cuidados e vivenciar diferentes situações clínicas referentes a patologias de diferentes foros. Prestei cuidados à pessoa em situação de dor torácica de origem cardíaca, reações alérgicas, situações hemorrágicas de gravidade variável, situações de trauma *minor* e *major*, situações de dispneia, convulsões, alterações do estado de consciência e paragem cardiorrespiratória. Neste contexto, a presença do enfermeiro SIV propicia a resposta primária, diagnostica semiologicamente a situação e intervêm em situações de emergência sustentado em protocolos de atuação. Desta forma, tal como no habitual contexto de cuidados críticos, são eventos que ameaçam a vida do doente, sendo necessária a implementação rápida de intervenções que a permitam preservar (Benner et al., 2011).

Foi novo o momento de aprendizagem, na prestação de cuidados à pessoa sob ventilação mecânica não invasiva (VNI) em contexto extra-hospitalar. A VNI é a aplicação de suporte ventilatório através das vias aéreas superiores usando interfaces como uma máscara ou dispositivo semelhante sendo (McNeill & Glossop, 2012) realizada com recurso a uma ortótese ventilatória (Pereira, Nóbrega, & Oliveira, 2013). Esta modalidade terapêutica, constitui-se como adjuvante nas situações de edema agudo do pulmão e cada vez mais aceite em âmbito extra-hospitalar, evidencia assim a vantagem na redução significativa da necessidade de entubação endotraqueal, com redução dos períodos de internamento hospitalar e por inerência uma redução dos custos económicos e sociais associados (Alves, 2014). Assim, no período de estágio na SIV, tive também oportunidade de prestar cuidados a doentes com patologias diversas, de diferentes faixas etárias, inclusive com uma situação pediátrica, igualmente a doentes do foro traumatológico. Em todas as situações, para além das intervenções que se verificam, de acordo com as necessidades que o doente e família apresentam, sustentadas na interpretação clínica do enfermeiro e ancoradas no protocolo de atuação, é fundamental a vigilância e monitorização rigorosa. Esta vigilância permite prevenir complicações ou eventos adversos, os quais por via da

circunstante de ser um doente crítico, a sua descompensação e instabilidade podem traduzir rapidamente uma condição emergente. Esta situação é bem patente nas situações de dor torácica de origem cardíaca, que pese embora a por vezes aparente estabilidade fisiológica, rapidamente podem degenerar numa situação de fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. As arritmias ventriculares, em especial a fibrilhação ventricular, é a maior causa de morte nas primeiras horas do evento isquémico e pode ser a primeira manifestação da doença em cerca de metade dos casos. Cerca de 90% dos doentes que sofrem um fibrilhação ventricular fora do hospital, não chegam com vida aos cuidados de saúde (Benito & Josephson, 2012). Este foi apenas um exemplo, como neste quadro de cuidados, identifiquei de forma precoce focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipada, realizando intervenções no sentido de estabilizar a condição que o doente se apresentava (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Os doentes em âmbito SIV, configuram uma circunstância de intervenção de cuidados técnicos complexos, havendo necessidade de demonstrar conhecimentos e habilidades em âmbito de suporte avançado de vida, identificando ritmos cardíacos e conceptualizando a sua tradução fisiopatológica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Os doentes em situação crítica, alvos de cuidados neste contexto, necessitam de uma constante vigilância, uma vez que têm frequentemente alterações ou risco potencial de doença ou complicações cardiovasculares, sendo exigindo assim aos enfermeiros competências na avaliação da função cardíaca, bem como de todos fatores com ela relacionada. Também na vertente de trauma, com a prestação de cuidados a doentes sujeitos a diferentes tipologia de trauma, a maioria relacionados com acidentes de viação houve necessidade de igualmente demonstrar conhecimentos e perícia na interação com estes doentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018b)

Durante o período de estágio tive oportunidade de colaborar e administrar protocolos terapêuticos complexos, estruturados no âmbito de protocolos de atuação, os quais pressupõem capacidade de avaliação clínica e decisão, com a sua subsequente gestão de acordo com o perfil e resposta hemodinâmica do doente. Neste âmbito avaliei e monitorizei a eficácia das intervenções efetuadas, estando atento a eventuais complicações decorrentes da intervenção, provi a intervenção de enfermagem adequada à complicação detetada, monitorizando e avaliando a adequação das respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A dor nos doentes em âmbito SIV, é comum e a sua gestão representa sempre um desafio. Apesar de conscientes da vulnerabilidade destes doentes na fase aguda, verifica-se a nível nacional uma prevalência de dor de 39,24% e assimetrias na sua valorização e controlo, referentes ao tipo de ocorrência e ao meio de emergência, destacando-se a dor origem cardíaca na mais valorizada e o meio SIV na sua avaliação, presença e reavaliação de dor (Ferreira, 2013), existe ainda a tendência para subestimar a dor no doente crítico. A nível internacional, na Holanda, num estudo retrospectivo de prevalência de dor em extra-hospitalar, com adultas conscientes vítimas de trauma, a prevalência de dor neste tipo de utentes foi de 70 % (Berben, Schoonhoven, Meijs, Van Vugt, & Van Grunsven, 2011). Neste âmbito, identifiquei alterações fisiológicas indiciadoras de dor ou mal-estar, promovi a precoce gestão antiálgica de âmbito farmacológico junto do médico do CODU sensibilizando-o para a necessidade do seu reforço ou escalonamento. Igualmente em âmbito não farmacológico, promovi alterações e mobilizações posicionais ou de decúbito prevenindo o desconforto e consequente algia posicional. Assim neste âmbito, considero ter promovido a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC, otimizando as respostas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A extraordinária dinâmica e diversidade do contexto SIV, obrigam a períodos constantes de atualização de conhecimentos bem como a reflexões relativas às suas práticas. Neste espírito, a interação com Enfermeiro orientador numa dinâmica reflexiva conjunta, permitiu não só aprofundar a conceptualização que sustenta este exercício, mas igualmente favoreceu o sedimentar da experiência, majorando os aspetos específicos desta prática em âmbito do doente crítico em ambiente extra-hospitalar. Estes momentos de *debriefing* no final da ação, apelaram não só à mobilização de conhecimentos, como ainda à interpretação crítica do empenhamento e articulação de conceitos na prestação de cuidados.

Foi assim possível abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (ESEL, 2010). Considero assim que, cuidei da pessoa, família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, executando cuidados de alta complexidade (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). As condições de exercício extra-hospitalar são desafiantes, a intervenção do enfermeiro SIV relacionada com a abordagem extra-hospitalar da sépsis e a sua referenciação em Via Verde Sépsis ainda não está consolidada, embora se comecem a promover

passos nesse sentido. Assim, no presente e relativo a esta específica circunstância está a SIV, a viver um período de mudança, com o envolvimento de alguns profissionais na construção de protocolo de atuação relativo à suspeita ou confirmação de caso de sépsis, sediando-se o seu registo na nova aplicação informática de registo, para a qual contribuí ativamente no âmbito da definição dos fatores e dados a considerar para o seu registo. Procuro assim documentar e registar as medidas preventivas, de intervenção e controlo de infeções implementadas no contexto SIV (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

A observação da equipe de saúde, é uma estratégia que identifica fatores e procedimentos de risco e a adoção de medidas adequadas de controle (Pereira, Souza, Tipple, & Prado, 2005). Assim, existiram momentos observacionais sobre as práticas, onde observei os momentos da higienização das mãos da equipa multidisciplinar (enfermeiro, e técnico de emergência pré-hospitalar). Desta forma, procurei diagnosticar as necessidades neste contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção de infeção (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes é através das mãos, é uma realidade incontornável. Os enfermeiros têm responsabilidade na procura de um ambiente de cuidados biologicamente seguro, confortável e livre de infeções, assumindo funções de prevenção e controlo da contaminação deste ambiente (Martins & Benito, 2016; Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004).

Neste meio, existe uma similitude de objetivos e funcionais com o meio hospitalar, assim sendo as práticas e estratégias multimodais de prevenção e controlo da infeção devem ser respeitadas e garantidas, indo muito além da simples utilização do equipamento de proteção individual. Considero que, demonstrei conhecimentos específicos na prevenção, intervenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Assim, a vivência deste contexto de estágio clínico, com particular visão sobre os aspetos relacionados com a prevenção e controlo da infeção, sob um desígnio de desenvolvimento de competências de análise e intervenção junto da pessoa em situação crítica em sépsis/choque séptico no contexto extra-hospitalar, permitiu-me maior perspicácia nos aspetos relacionados com a prevenção da disseminação de agentes infecciosos e/ou infeções nas áreas de prestação de cuidados neste contexto. Ao refletir sobre a

prática, sobre os seus eventos críticos, clínicos e outros, enquadrados na vivência do contexto, permiti-me não só sedimentar a aquisição de saberes, como ainda consolidar a experiência, integrando-os numa dinâmica de aprendizagem reflexiva, que considero relevante na construção do exercício especializado (Peixoto & Peixoto, 2016, Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Procurei, promover a atualização e desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeções, aliados ao protocolo que está em desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Neste contexto, o isolamento dos doentes pode ser feito em função de dois objetivos, isolamento para conter, ou proteger. Com o isolamento de contenção, pretende-se prevenir a transmissão de infeção por microrganismos epidemiologicamente importantes, quer se trate de uma suspeita de infeção, quer se tenha confirmação microbiológica do diagnóstico. Assim e no âmbito séptico, este é um tipo de isolamento muito adaptado ao desempenho extra-hospitalar, há muito já iniciado por Nightingale, foram ao longo dos anos consolidando-se do ponto de vista científico e atualmente ainda são aplicáveis nos cuidados aos doentes (Martins & Benito, 2016; Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Reflete-se assim uma vez mais a intervenção privilegiada do enfermeiro nesta área, associada ao seu quadro de responsabilidade profissional e ética, sobre a qual e para a qual é interpretado como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC que, em virtude da complexidade da situação e a necessidade de respostas temporalmente adequadas e vantajosas perante a PSC e/ou falência orgânica, maximiza a prevenção, intervenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Os enfermeiros têm desenvolvido atividades relacionadas com a gestão de cuidados, como a prática de cuidados a doentes mais complexos, coordenação da equipa de enfermagem, organização do trabalho e articulação entre os diversos profissionais da equipa de saúde (Santos, Garlet, & Lima, 2009). Assim, colaborei ainda na coordenação das intervenções a realizar junto do doente, não só relativamente à equipa da SIV, mas também na equipa multidisciplinar quando envolvia outros meios de emergência na mesma ocorrência, coordenando timings de intervenção de ações / decisões estratégicas na gestão destas situações clínicas.

Neste âmbito, da organização dos cuidados e sobretudo na definição da estratégia de resposta a prover à complexa e crítica situação que se apresentava, tende por base a salvaguarda da vida humana, fomentei a necessária entreaajuda e complementaridade para a reorganização do esforço fluído e objetivo direcionado aquando da abordagem a mais do que uma vítima, facto acontecido em situação de acidente de viação. Demonstrando assim competências, perante uma circunstância de exceção conceber, planear e gerir a resposta de forma sistemática, eficaz e eficiente, situando a intervenção do enfermeiro para além da prestação de cuidados diretos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Colaborei na manutenção de um fluxo de informação com o técnico de emergência pré-hospitalar e outros elementos de outros meios, quando presentes, atualizando-os acerca de determinadas alterações clínicas, intervenções terapêuticas ou definição de intervenções que haviam sido alteradas. Atente-se ainda que, a eficácia da comunicação em ambientes de emergência ou no desenvolvimento de atividades críticas, projeta o trânsito da informação e a sua transformação em atos juntos do doente, acresce que grande parte desta comunicação ocorre verbalmente e quase que informalmente em situações instáveis e pouco claras, favorecendo igualmente interpretações clínicas hesitantes. Neste campo o enfermeiro tem particular responsabilidade, assente no pressuposto ambientalista de Florence Nightingale, o enfermeiro tem responsabilidades no controlo do ambiente envolvente, o qual pode condicionar de forma direta ou indireta a situação do doente (Nightingale, 1860, 2006; Tomey & Alligood, 2004). Em situações de emergência, a garantia de um desempenho de equipa em alta performance, deve salvaguardar a comunicação, a clara definição de papéis e responsabilidades de desempenho inerentes, bem como a consciência situacional, ou seja, a capacidade de olhar para o todo global da situação (Kuliukas, King, & Ford, 2009).

No contexto de desempenho SIV, tive ainda a possibilidade de contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da prática clínica especializada, através de apresentação realizada no simpósio do *Advanced Trauma Care for Nurses - Europe*, que se realizou em Praga, enquadrado no 20º Congresso Europeu de Trauma e Cirurgia de Emergência (Anexo III). Neste simpósio, com representantes de vários países europeus, promovi a perspetiva portuguesa do papel que o enfermeiro desempenha em âmbito SIV, intervindo em contínuo desde o local da ocorrência do

incidente traumático até à unidade hospitalar de destino específica. Divulguei assim perante os pares, resultados provenientes do exercício extra-hospitalar, os quais considero que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A catástrofe ou emergência com multivítimas, é enquadrada como a atividade na área da saúde que abrange desde o local onde ocorreu a situação de emergência até ao momento em que é concluído, na unidade de saúde adequada, o tratamento definitivo face à situação (INEM, 2011). Assim, a emergência médica surge como uma área ainda em desenvolvimento no contexto nacional, contudo para a prestação de cuidados neste tipo de cenários complexos como são as catástrofes ou emergências com multivítimas, são necessários conhecimentos, competências e capacidade de gestão de um elevado número de doentes (Powers & Daily, 2010).

O enfermeiro para intervir nestes cenários deve estar preparado para cuidar o sofrimento humano, fazer o que estiver ao seu alcance para garantir condições de segurança, higiene e saúde durante a resposta, desenvolver mecanismos de coping para não desenvolver stress pós-traumático, e assegurar as estruturas de apoio existentes para as equipas de apoio e para a população em geral (Hutton, Veenema, & Gebbie, 2016).

Nesta circunstância, o INEM encontra-se envolvido em um processo de certificação internacional, da sua estrutura de resposta às ocorrências tipificadas como excecionais e que envolvam elevado número de vítimas. Neste campo a iniciativa de Equipas Médicas de Emergência (EMT) da Organização Mundial de Saúde (OMS) ajuda organizações e estados membros a capacitar e fortalecer sistemas de saúde, coordenando a implantação de equipas médicas e garantindo a qualificada capacidade assistencial. Como tal, na resposta à catástrofe, a celeridade de resposta interfere no seu *outcome*, assim sendo o fortalecimento de uma estrutura EMT e a sua capacitação para a resposta desenvolve a capacidade intrínseca do próprio país neste âmbito, para além de, promover a sua integração numa estrutura global de saúde de resposta em rede (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Desta forma, os diferentes profissionais, médicos, enfermeiros e técnicos independente da sua origem, desde que devidamente formatados nos princípios e processos que sustentam o EMT, integram esta estrutura de resposta, de forma produtiva com simplicidade e fluidez (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017).

A intervenção no contexto de catástrofe e em situações multivítimas encontra o seu marco com Florence Nightingale, na guerra da Crimeia, quando se encontra um primeiro referencial às práticas de enfermagem em campos de batalha, mais tarde com Anna Nery na Guerra do Paraguai (1864-1870) e de forma mais consistente na 2ª Guerra Mundial com um grupo de 67 enfermeiras (Alcantara, Leite, Erdmann, Trevizan, & Dantas, 2005).

Assim, qualificar os profissionais com formação e treino nesta área é fundamental, desta forma realizei formação em regime de e-learning no *United Nations Department of Safety And Security* (UNDSS) com certificado emitido (Anexo I), realizei igualmente em regime de e-learning na organização *Building a Better Response* (BBR), organização a qual visa fornecer treino fundamental no sistema internacional de coordenação humanitária para Organizações Não Governamentais (ONG) na melhoria da coordenação na resposta a desastres, com certificado emitido (Anexo II).

Desta forma, considero que adquiri competências de perante uma emergência, exceção ou catástrofe, conceber, planear e gerir a resposta, de forma sistemática, eficaz e eficiente, uma vez que a intervenção do enfermeiro nesta âmbito desenvolve-se muito para além da prestação de cuidados diretos (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da problemática da sépsis no contexto de saúde, é atualmente reconhecido, enquadrado e sustentado numa abordagem objetiva em âmbito de patologia tempo-dependente (DGS, 2010; Kumar et al., 2006; Seymour, et al., 2012). Nesta condição assistencial e no percurso que o doente experiencia, a intervenção do enfermeiro assume um contínuo de intervenção, respondendo a necessidades afetadas, mantendo as funções básicas, limitando incapacidades, prevenindo complicações, visando a recuperação total (Benner et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2011, 2018b).

A elaboração do presente relatório de estágio, a sua construção, os seus constructos, contribuiu e simultaneamente promoveu, a reflexão, a análise estruturada e fundamentada do percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências especializadas na intervenção que o enfermeiro desenvolve em situação de sépsis na pessoa em situação crítica, em particular, no contexto extra-hospitalar. Este relatório, descreveu a análise do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em concordância com as definidas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), assim como em consonância com as competências definidas para os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Initiative, 2004; Direcção-Geral do Ensino Superior, 2008) o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018b) .

Com a designada temática “Sépsis na pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: intervenção especializada do enfermeiro”, o percurso delineado teve por base a minha anterior experiência clínica hospitalar em âmbito de unidade de cuidados intensivos e de forma paralela a experiência de desempenho extra-hospitalar. É igualmente no conjunto destas experimentações de exercício profissional, que esta intervenção se evidencia, se constrói e se aspira a este referencial e a este desígnio.

Contruindo no esteio deste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, foram colhidos subsídios fundamentais na revisão integrativa da literatura, a qual promoveu a contextualização técnico-científica específica e de

desempenho para o doente crítico em situação de sépsis, com aplicabilidade na intervenção extra-hospitalar.

O percurso foi realizado em três momentos, os quais estiveram em alinhamento com o percurso do doente em situação de sépsis, desde o momento em que é abordado pelo enfermeiro em exercício extra-hospitalar, neste âmbito em desempenho de ambulância SIV, passando pelo serviço de urgência de uma urgência polivalente até à unidade de cuidados intensivos, considerando-se este o percurso regular neste contexto patológico. Contudo, o estágio em âmbito SIV foi o último a ser realizado de forma a acolher os contributos e vivências, adquiridos e desenvolvidos no SU e na UCI, o que potenciou uma intervenção em âmbito extra-hospitalar com outra visão, com outra abrangência, com maior potencial de competência e de desenvolvimento, capacitando o enquadramento semiológico precoce facilitado e a sua alocação dirigida ao algoritmo de intervenção.

Assim em âmbito do SU, no qual foi definido como objetivo a consolidação de competências no cuidar da pessoa/família em situação de sépsis ou suspeita de sépsis no SU, considero que o mesmo foi alcançado. No SU, a diversidade de situações passíveis de intervenção identificou-se com o percurso profissional que havia vivenciado. Contactei e exercitei uma enfermagem de dimensão de intervenção pluridimensional, a qual me permitiu fortalecer e desenvolver competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, identificando e antecipando focos de instabilidade, garantindo a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando complicações, implementando resposta e monitorizando a sua adequação. Também em âmbito da manifestação algica, fiz a gestão diferenciada da dor, otimizando as respostas, com intervenções em âmbito farmacológico e não farmacológico. Promovi a articulação com equipa multiprofissional e otimizei a resposta da equipa de enfermagem numa lógica de gestão de cuidados. Realizei intervenções maximizando a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Ao abordar questões complexas, fi-lo de forma sistemática, reflexiva, com a criatividade e inovação possível à intervenção. Ao tomar decisões fi-lo com base em fontes de informação relevantes, refletindo sobre o sentido das afirmações do outro e das suas representações (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2010, 2018b, 2019).

Na UCI, contexto reconhecido pela sua capacidade de monitorizar, preservar e recuperar funções vitais alteradas ou em falência eminente ou estabelecida, afetadas por processos patológicos potencialmente reversíveis, tive a possibilidade de adquirir novos conhecimentos na área da fisiologia, da patologia e da terapêutica. Foi um contexto que objetivou o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis. Neste âmbito, de forma permanente prestei cuidados de enfermagem contínuos e específicos nas respostas às necessidades afetadas e funções vitais em risco, a doentes críticos, permitindo assim, manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Nesta prestação de cuidados, iniciei uma relação terapêutica, interagindo de forma dirigida perante a família, reconhecendo o impacto da interação na relação terapêutica junto da pessoa e família em situação crítica e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa e família em situação crítica. Promovi igualmente, o estabelecimento e gestão da relação terapêutica perante a pessoa, família em situação crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Tive ainda a oportunidade de comunicar em diferentes momentos com os familiares aquando do período das visitas, esclarecendo dúvidas, minimizando anseios relacionados com o internamento do seu familiar, facilitando igualmente o momento relacional intenso que se vive, quando se visita alguém em situação crítica, que é definido como uma experiência geradora de medo, ansiedade, insegurança e preocupação. Coadjuvei na comunicação de más notícias, onde utilizei diferentes estratégias comunicacionais, geri momentos de ansiedade e de medo vividos pela família, utilizando habilidades que facilitaram igualmente o processo de luto. Neste âmbito, assisti a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Neste contexto, identifiquei alterações fisiológicas indiciadoras de dor ou mal-estar, promovi a precoce gestão antiálgica de âmbito farmacológico junto da equipa médica sensibilizando-os para a necessidade do seu reforço ou escalonamento previamente aos procedimentos a instituir. Igualmente em âmbito não-farmacológico, promovi alterações e mobilizações posicionais ou de decúbito prevenindo o desconforto e consequente algia posicional (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Esta vivência em UCI teve uma forte expressão nos aspetos relacionados com a prevenção

e controlo da infeção hospitalar, sob um desígnio de desenvolvimento de competências de análise e intervenção junto da pessoa em situação crítica em sépsis/choque séptico, permitiu-me maior perspicácia nos aspetos relacionados com a prevenção da disseminação de agentes infecciosos e/ou infeções nas áreas de prestação de cuidados da UCI. Neste âmbito, em conjunto com o enfermeiro orientador do estágio promovi a atualização e desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção controlo e infeção, associado e ancorado na revisão da referida norma de isolamento. Consequentemente, procedi à normalização da sinalética identificadora da tipologia de isolamento e foi adicionada contextualização e orientações de procedimento dirigidas aos visitantes, através da atualização do Guia de acolhimento à família e visitas existente. Desta forma, procurei promover e facilitar a adesão da família e cuidador na prevenção, intervenção e controlo da infeção, mediante o contexto de prestação de cuidados. Desenvolvi assim uma intervenção privilegiada do enfermeiro nesta área, associada ao seu quadro de responsabilidade profissional e ética, sobre a qual e para a qual é interpretado como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC que, em virtude da complexidade da situação e a necessidade de respostas temporalmente adequadas e vantajosas perante a PSC e/ou falência orgânica, maximiza a prevenção, intervenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (ESEL, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Considero assim, ter totalmente alcançado o objetivo de estágio no âmbito do exercício profissional em apreço.

A ambulância SIV, constituiu o contexto do último estágio. A presença de enfermeiro na sua tripulação e a vocação deste meio para o transporte com acompanhamento de vítimas de doença súbita ou acidente, com o objetivo da sua estabilização extra-hospitalar e neste âmbito, o transporte de doente crítico, com recurso a equipamentos de suporte imediato de vida que a capacita (Ministério da Saúde, 2014b). Esta condição, a par da diversidade de intervenção que o enfermeiro em âmbito do seu exercício profissional na SIV realiza, configura este meio como um contexto de eleição na intervenção na PSC em âmbito extra-hospitalar. Neste estágio, o objetivo definido visava contribuir para o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em contexto extra-hospitalar.

Neste âmbito, é da responsabilidade do enfermeiro SIV a vigilância e monitorização do doente a seu cargo no sentido de identificar prematuramente focos de instabilidade e risco de falência de sistemas ou órgãos, assim a diversidade da casuística da SIV deu-me oportunidade de prestar cuidados e vivenciar diferentes situações clínicas referentes a patologias de diferentes foros. Prestei cuidados à pessoa em situação de dor torácica de origem cardíaca, reações alérgicas, situações hemorrágicas de gravidade variável, situações de trauma *minor* e *major*, situações de dispneia, convulsões, situações pediátricas, alterações do estado de consciência e paragem cardiorrespiratória. Neste contexto, intervim em âmbito de resposta primária, diagnosticando semiologicamente a situação e intervindo em situações de emergência sustentado em protocolos de atuação. Desta forma, tal como no habitual contexto de cuidados críticos, são eventos que ameaçam a vida do doente, sendo necessária a implementação rápida de intervenções que a permitam preservar (Benner et al., 2011). Em todas as situações, para além das intervenções que se verificam, de acordo com as necessidades que o doente e família apresentam, sustentadas na interpretação clínica do enfermeiro e ancoradas no protocolo de atuação, é fundamental a vigilância e monitorização rigorosa. Esta vigilância, permite prevenir complicações ou eventos adversos, os quais por via da circunstância de ser um doente crítico, a sua descompensação e instabilidade podem traduzir rapidamente uma condição emergente. (Benner, 2001; Benner et al., 2011; Brier et al., 2015; Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012).

O desenvolvimento profissional e pessoal assim como o desenvolvimento de competências nos diversos contextos de estágio tiveram por base a revisão da literatura efetuada, o pensamento reflexivo e o estabelecimento de relações de trabalho enriquecedoras com as equipas, que objetivaram compilar e sustentar saberes, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas. Ainda neste âmbito, gostaria de referir que o exercício reflexivo promovido e consolidado pela realização do jornal de aprendizagem e estudo de caso, mostram-se como importantes instrumentos de reflexão sobre a prática.

Neste percurso, também existiram dificuldades e com as mesmas reconheço também, a sua contribuição para um crescimento e maturação pessoal e profissional. As mesmas cifraram-se na gestão de tempo traduzida na conciliação de horários, contudo verifico uma curva de aprendizagem na capacidade de resolução,

entendendo esta condicionante como uma circunstância presente e em seguida adaptando ou melhor conciliando uma resolução.

Ao longo deste trajeto, gostaria ainda de salientar o papel sempre presente da Professora Cândida Durão, com a sua objetividade e clarividência esclarecedora, contribuiu de forma marcante e diferenciadora este meu percurso.

Perspetivando o futuro, considero que este percurso desenvolvido não termina no imediato, pelo contrário, existe um caminho para ser percorrido que já começou a dar os primeiros passos, com a estruturação e desenvolvimento do processo assistencial ao doente em situação de sépsis ou suspeita de sépsis, a par do desenvolvimento do algoritmo específico de abordagem ao doente com esta condição patológica em contexto de ambulância SIV. Com igual empenho, considero promover e partilhar estes conhecimentos juntos dos pares e de outros de âmbito pluridisciplinar, no contexto extra-hospitalar, contribuindo assim para um posicionamento e sustentação técnico-científica específica neste domínio, seja intervindo em projetos de formação, de assessoria e até de investigação, que potenciem conhecimentos e desenvolvam competências nesta área de especialização.

Em jeito final, considero ter adquirido e desenvolvido competências em linha com as definidas no plano de estudos do CMEPSC (ESEL, 2010), assim como em consonância com as competências definidas para os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Initiative, 2004; Direcção-Geral do Ensino Superior, 2008) a par do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018b) .

Assim, considero que as competências adquiridas e desenvolvidas habilitaram-me à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica, que este relatório sustenta e promove.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. de. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Albert, R. K., & Hubmayr, R. D. (2000). The prone position eliminates compression of the lungs by the heart. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161, 1660-1665. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/ajrccm.161.5.9901037>
- Alcantara, L. M., Leite, J. L., Erdmann, A. L., Trevizan, M. A., & Dantas, C. de C. (2005). Enfermagem operativa: uma nova perspectiva para o cuidar em situações de crash. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (3), 332-331. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300006>
- Alves, M. I. L. (2014). *Ventilação Não Invasiva no Pré-Hospitalar: uma Revisão Sistemática da Literatura*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Aravind, M., & Chung, K. C. (2010). Evidence-Based Medicine and Hospital Reform: Tracing Origins Back to Florence Nightingale. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(1), 403–409. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c2bb89>
- Baker, S. D. (2016). Improving Sepsis Recognition and Utilization of Early Goal-Directed Therapy in the Prehospital Environment: A Review of the Literature. *Journal of Emergency Nursing*, 42(5), 387–394. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.02.015>
- Benito, B., & Josephson, M. E. (2012). Taquicardia ventricular en la enfermedad coronaria. *Revista Espanola de Cardiologia*, 65(10), 939-955. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.03.027>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. New York: Springer publishing Company.

Berben, S. A. A., Schoonhoven, L., Meijs, T. H. J. M., Van Vugt, A. B., & Van Grunsven, P. M. (2011). Prevalence and relief of pain in trauma patients in emergency medical services. *Clinical Journal of Pain*, 27(7), 587-592. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182169036>

Berntsson, T., & Hildingh, C. (2013). The nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care - From the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students. *International Emergency Nursing*, 21(4), 257–263. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.10.003>

Boland, L. L., Hokanson, J. S., Fernstrom, K. M., Kinzy, T. G., Lick, C. J., Satterlee, P. A., & LaCroix, B. K. (2016). Prehospital Lactate Measurement by Emergency Medical Services in Patients Meeting Sepsis Criteria. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 648–655. doi.org/10.5811/westjem.2016.6.30233

Bonfim, E. S. (2018). A eficácia da cânula de alto fluxo alternativamente à ventilação não invasiva em pacientes hipoxêmicos. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 6, 56–70. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3416/5ef96cf22f32094e48655fb216965e3557d4.pdf>

Bonis, S. A. (2009). Knowing in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6), 1328-134. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04951.x>

Borges, D. R. de O. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Brier, J., Carolyn, M., Haverly, M., Januario, M. E., Padula, C., Tal, A., & Triosh, H. (2015). Knowing “something is not right” is beyond intuition: Development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organise and communicate clinical findings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 832-843. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.12670>

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. C. (Eds.) (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5th ed.). Intervention Labels & Definition. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*. 1(1), 13-24. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Carrillo-Esper, R. (2011). La educación en la unidad de cuidados intensivos. *Cirugía y Cirujanos*, 79(1), 92–99. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc111m.pdf>
- Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no processo de integração de enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Carvas, J. M., Canelas, C., Montanha, G., Silva, C., & Esteves, F. (2016). Impact of Compliance with a Sepsis Resuscitation Bundle in a Portuguese Emergency Department. *Acta Médica Portuguesa*, 29(2), 88-94. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.6998>
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: A scoping review. *Human Resources for Health*. 11, 57. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>
- Cristino, J. A. M., Correia, M., Carvoeiro, M. N., Costa, C., Silva, Silva, E. G., & Silva, M. G. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Dellinger, R., Levy, M., & Rhodes, A. (2013). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Critical Care Medicine*, 41(2), 580-637. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31827e83af>
- Direcção-Geral do Ensino Superior (2008). *Descritores de Dublin*. Acedido a 26/11/2019. Disponível em:

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Criação e Implementação da Via Verde de Sépsis (VVS)*. Circulares Normativas DGS, N. 01, 1–20. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://nocs.pt/via-verde-sepsis/>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Via Verde Sépsis no Adulto*. Circulares Normativas DGS, 010, 1–27. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dreyfuss, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. *Operations Research Center*, (February), 1–18. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/ADA084551>

ESEL. Objectivos e competências do CMEPSC (2010).

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-37. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Gildberg, A. (1992). Recovery of proteinases and protein hydrolysates from fish viscera. *Bioresource Technology*, 39(3), 271–276. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0960-8524\(92\)90216-K](https://doi.org/10.1016/0960-8524(92)90216-K)

Gonçalves, S. M. F. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Green, R. S., Travers, A. H., Cain, E., Campbell, S. G., Jensen, J. L., Petrie, D. A., ... Patrick, W. (2016). Paramedic Recognition of Sepsis in the Prehospital Setting:

A Prospective Observational Study. *Emergency Medicine International*, 6717261. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/6717261>

Henneman, E. A., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), 9-18. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2012166>

Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2010). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6a edição). Loures: Lusociência.

Hutton, A., Veenema, T. G., & Gebbie, K. (2016). Review of the International Council of Nurses (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies. *Prehospital and Disaster Medicine*. 31(6), 680-683. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1049023X1600100X>

INEM (2011). Manual de suporte avançado de vida. Lisboa: INEM

INEM (2017a). Plano de Atividades 2017. Lisboa: INEM

INEM (2017b). Plano Estratégico 2017-2019. Lisboa: INEM

INEM (2018). Plano de Atividades 2018. Lisboa: INEM

Initiative, J. Q. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for the Bachelor's, Master's and Doctoral awards*. Dublin: Joint Quality Initiative. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: http://www.aqu.cat/doc/doc_24496811_1.pdf

Institute, T. J. B. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Johansson, N., Spindler, C., Valik, J., & Vicente, V. (2018). Developing a decision support system for patients with severe infection conditions in pre-hospital care. *International Journal of Infectious Diseases*, 72, 40–48. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.04.4321>

Krinsley, J. S. (2003). Association between Hyperglycemia and Increased Hospital Mortality in a Heterogeneous Population of Critically Ill Patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 78 (12), 1471-1478. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4065/78.12.1471>

- Kuliukas, L., King, S., & Ford, J. (2009). Just IN TIME: a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 6(4), 272–276. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2009.00315.x>
- Kumar, A., Roberts, D., Wood, K. E., Light, B., Parrillo, J. E., Sharma, S., ... Cheang, M. (2006). Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine*, 34(6), 1589–1596. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000217961.75225.E9>
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Critical Care Medicine*, 46(6), 997–1000. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003119>
- Machado, H. (2008). *Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/machado_h.pdf
- Marques, F. M., David, C., Santos, A. F. dos, Sandra, N., Pinheiro, M. J., & Leal, M. T. (2019). Competências de tomada de decisão clínica em Enfermagem: Perceções dos estudantes finalistas. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, 2, 975–984. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/view/28>
- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 15 (2), 14 Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
- McFarlane, D. A. (2015). Teams, Change, and Leadership: Practical Lessons from Malcolm Webber. *Management and Administrative Sciences Review*, 4(5), 748–757. ISSN: 2308-1368. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: https://www.academia.edu/15466230/Teams_Change_and_Leadership_Practical_Lessons_from_Malcolm_Webber

- McNeill, G. B. S., & Glossop, A. J. (2012). Clinical applications of non-invasive ventilation in critical care. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*. 12(1), 33-37. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkr047>
- Medeiros, A. B. de A., Enders, B. C., & Lira, A. L. B. D. C. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Esc. Anna Nery*, 19(3), 518–524. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150069>
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3a Ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Ed.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais Dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Ministério da Saúde. (2008). Despacho n. 5414/2008. *Diário Da República*, 2.a Série — N.o 42 — 28 de Fevereiro de 2008, 8083–8085.
- Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei n. 34/2012. *Diário Da República* 1.a Série — N.o 32.
- Ministério da Saúde. (2014a). Despacho n. 10319/2014. *Diário Da República*, 2.a Série — N.o 153 — 11 de Agosto de 2014, 20673–20677.
- Ministério da Saúde. (2014b). Despacho n. 5561/2014. *Diário Da República*, 2.a Série — N.o 79 — 23 de Abril de 2014, 1123–11124.
- Ministério da Saúde. Despacho no 5561/2014, *Diário da República*, 2.a série N. 79 (23-04-2014).
- Ministério da Saúde. (2019). Despacho n. 4163/2019. *Diário da República* n. 75/2019, Série II de 2019-04-16, 11910–11910.

- Moore, C., Bulger, J., Morgan, M., Driscoll, T., Porter, A., Islam, S., ... Snooks, H. (2018). Prehospital recognition and antibiotics for 999 patients with sepsis: protocol for a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 4, 64. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0258-8>
- Munoz-Price, L. S., Banach, D. B., Bearman, G., Gould, J. M., Leekha, S., Morgan, D. J., ... Wiemken, T. L. (2015). Isolation Precautions for Visitors. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 36(7), 747-758 Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/ice.2015.67>
- Munro, C. L. (2010). The “Lady with the lamp” illuminates critical care today. *American Journal of Critical Care*, 19(4), 315–317. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2010228>
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing - What it is, and what it is not* (First Amer). New York: D. Appleton and Company.
- Nightingale, F. (2006). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusodidacta.
- Oliveira, M. J. M. N. (2009). *Vigilância de infeções associadas aos cuidados de Saúde e importância do consumo de anti-microbianos em cuidados intensivos*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/1105>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–10. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Diário da República 2.ª série, N. 35 de 18/02/2011. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/3477013>

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Assembleia Geral Ordinária. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. *Diário da República* 2.a Série — N.º 74 — 16 de Abril de 2018, 10758–10764. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115116048>

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento n. 429/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. *Diário da República*, 2.a Série — N. 135 — 16 de Julho de 2018, 19359–19370. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.a Série — N.º 26 — 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Implementação da iniciativa EMT nas Américas*, Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2640-implementacao-da-iniciativa-emt-nas-americas&category_slug=emt&Itemid=1179&lang=es

Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., ... Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

- Paiva, J. A. O. C., Silva, A. M., Almeida, A. L., Seco, C. M. S., Gomes, C. M. P. R., Ribeiro, E. P. R. G., & Silva, R. P. F. S. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11), 121-132. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Penedo, J. M. V. S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. A. R. C., Pimentel, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. S., Sá, R. A. M. V. & Moreno, R. P. J. (2013). *Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, E. F., Nóbrega, M. F. da, & Oliveira, J. R. de M. S. (2013). O uso da ventilação mecânica não invasiva em edema agudo pulmonar não cardiogênico. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 3, 34–40. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000300012>.
- Pereira, F. M. S. (2009). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Porto.
- Pereira, M. S., Souza, A. C. S., Tipple, A. F. V., & Prado, M. A. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(2), 250-257. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200013>
- Pimentel, M. H., Novo, A., Prior, A., Magalhães, C., Antão, C., Anes, E., ... Silva, N. (2013). *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança*. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9491/1/Ebook%20Jornadas%20Enfermagem%20pdf>

- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2011). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_do_r.pdf
- Póvoa, P. R., Carneiro, A. H., Ribeiro, O. S., & Pereira, A. C. (2009). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study). *Critical Care Medicine*, 37(2), 410–416. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181958b1c>
- Powers, R., & Daily, E. (2010). *International disaster nursing*. Cambridge: Cambridge University Press. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841415>
- Queirós P. J. P. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 33(1), 83–91. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072015000100010&script=sci_arttext&lng=pt
- Queirós, P. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: https://www.academia.edu/20020354/02Enfermagem_de_Nightingale_aos_dias_de_hoje_100_anos
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2016. *Critical Care Medicine*, 45(3). Acedido a 26/11/2019. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2017/03000/Surviving_Sepsis_Campaign_International.15.aspx

- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Phillip Dellinger, R. (2017). Campanha Sobrevivendo à Sepse: Diretrizes internacionais para a gestão de sepse e choque séptico: 2016. *Surviving Sepsis Campaign*. 45(3), 486-556. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002255>
- Santos, J. L. G., Garlet, E. R., & Lima, M. A. D. S. (2009). Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30(3), 525-532. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7879/6972>
- Santos, M., Oliveira, B. G., & Gonçalves-Pereira, J. (2015). Via Verde da Sépsis - Vantagens e Limites. *Infeção e Sépsis*, 2 (1), 16–20. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8020/1/Via%20Verde%20da%20S%20c3%a9psis.pdf>
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Seymour, C. W., Band, R. A., Cooke, C. R., Mikkelsen, M. E., Hylton, J., Rea, T. D., ... Gaieski, D. F. (2010). Out-of-hospital characteristics and care of patients with severe sepsis: a cohort study. *Journal of Critical Care*, 25(4), 553–562. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.02.010>
- Seymour, C. W., Carlhom, D., Engelberg, R. A., Larsen, J., Bulger, E. M., Copass, M. K., & Rea, T. D. (2012). Understanding of Sepsis among Emergency Medical Services: A Survey Study. *The Journal of Emergency Medicine*, 42(6), 666–677. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.013>
- Seymour, C. W., Rea, T. D., Kahn, J. M., Walkey, A. J., Yealy, D. M., & Angus, D. C. (2012). Severe sepsis in pre-hospital emergency care: Analysis of incidence, care, and outcome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 186(12), 1264–1271. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1164/rccm.201204-0713OC>

- Shorr, A. F., Micek, S. T., Jackson, W. L., & Kollef, M. H. (2007). Economic implications of an evidence-based sepsis protocol: Can we improve outcomes and lower costs? *Critical Care Medicine*, 35(5), 1257-1262. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000261886.65063.CC>
- Smyth, M. A., Brace-McDonnell, S. J., & Perkins, G. D. (2016a). Identification of adults with sepsis in the prehospital environment: A systematic review. *BMJ Open*, 6, 1-10. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/8/e011218.full.pdf>
- Smyth, M. A., Brace-McDonnell, S. J., & Perkins, G. D. (2016b). Impact of Prehospital Care on Outcomes in Sepsis: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 427–437. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.5.30172>
- Studnek, J. R., Artho, M. R., Garner, C. L., & Jones, A. E. (2012). The impact of emergency medical services on the ED care of severe sepsis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30(1), 51–56. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.09.015>
- Suserud, B. O., Dahlberg, B., & Dahlberg, K. (2003). Initial assessment in ambulance nursing. Part One. Emergency Nurse: *The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 10(10), 13–17. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/en2003.03.10.10.13.c1052>
- Suserud, B. O., & Haljamae, H. (1997). Role of nurses in pre-hospital emergency care. *Accident and Emergency Nursing*, 5(3), 145–151. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(97\)90008-4](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(97)90008-4)
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45(6), 204-211. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16780008/>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência.

- Véras, J. B., Martinez, B. P., Neto, M. G., Saquetto, M. B., Conceição, C. S., & Silva, C. M. (2019). Efeitos da posição prona em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo: uma revisão sistemática. *Revista Pesquisa Em Fisioterapia*, 9(1), 129-138. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2175>
- Vincent, J. L. (2013). Critical care-where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17, S2. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc11500>
- Wallgren, U. M., Bohm, K. E. M., & Kurland, L. (2017). Presentations of adult septic patients in the prehospital setting as recorded by emergency medical services: a mixed methods analysis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25, 23. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0367-z>
- Wang, H. E., Weaver, M. D., Shapiro, N. I., & Yealy, D. M. (2010). Opportunities for Emergency Medical Services care of sepsis. *Resuscitation*, 81(2), 193–197. Acedido a 26/11/2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009.11.008>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR DE SÉPSIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Resumo

Contexto: A sépsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. Existe uma elevada percentagem de doentes que são transportados pelos serviços de emergência para os serviços de urgência, com uma percentagem significativa desses doentes internados em unidades de cuidados intensivos provenientes do domicílio. O atraso no diagnóstico e tratamento aumenta a mortalidade. Existe a oportunidade de intervir precocemente nestes doentes em contexto extra-hospitalar melhorando os *outcomes*. O enfermeiro nos meios de emergência extra-hospitalar tem uma intervenção importante, permitindo o reconhecimento precoce, tratamento e notificação hospitalar do doente em sépsis, com potencial melhoria da morbilidade e mortalidade.

Objetivo: identificar as intervenções de enfermagem dirigidas ao doente em situação de sépsis no meio extra-hospitalar

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, decorrente da pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, e na pesquisa de trabalhos publicados e literatura cinzenta.

Palavras-chave: sépsis; síndrome da resposta inflamatória sistémica; disfunção multiorgânica; intervenções precoces; identificação, reconhecimento, pré-hospitalar.

Introdução

A sépsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção, por sua vez o choque séptico apresenta-se como um subconjunto da sépsis com disfunção circulatória e celular/metabólica associada a maior risco de mortalidade (Rhodes, Evans, Alhazzani, Levy, Antonelli, Ferrer, Kumar, Dellinger, et al., 2017). A sépsis consome nos EUA cerca de 5,2% dos gastos totais relacionados com o internamento (Baker, 2016). Desta forma considera-se que o seu reconhecimento precoce e tratamento melhora o resultado e as suas consequências (Seymour et al., 2010). A sépsis e o choque séptico são dos diagnósticos mais frequentes à admissão hospitalar urgente e estão associados a morbilidade e mortalidade significativa, (Santos, Oliveira, & Gonçalves-Pereira, 2015), referenciando-se cerca de dois terços de situações severas de sépsis neste âmbito (Smyth, Brace-McDonnell, & Perkins, 2016b). E nesta circunstância, no Reino Unido, refere-se que cerca de 80% dos casos de sépsis em unidade de cuidados intensivos (UCI) provêm do serviço de urgência (SU) transportados pelos serviços de emergência médica (Smyth, Brace-McDonnell, & Perkins, 2016a, 2016b). Estes doentes apresentam situações de falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, configurando-se como pessoas em situação crítica (PSC) (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O estudo European Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients que incluiu 198 doentes internados unidades de cuidados intensivos em diferentes países com sépsis/ choque séptico, estimou taxas de mortalidade de 32% para sépsis e 54% para choque séptico. Em Portugal, a mortalidade hospitalar por sépsis adquirida na comunidade foi estimada em 38% (Carvas, Canelas, Montanha, Silva, & Esteves, 2016). Estima-se que 22% dos internamentos em cuidados intensivos devem-se a episódios de sépsis adquiridos na comunidade, sendo que a mortalidade hospitalar associada é três vezes superior à mortalidade de casos internados por AVC em 2007. Nas formas de sépsis mais grave, nomeadamente no choque séptico, a mortalidade atinge 51% (Póvoa, Carneiro, Ribeiro, & Pereira, 2009). Paralelamente foi demonstrado que em cada hora de atraso no início da terapêutica antibiótica adequada aumenta em 7,6% a mortalidade (Kumar et al., 2006). Por sua vez, os dados hospitalares indicam que a identificação precoce e início de tratamento está associado a redução da mortalidade, contudo a sua referenciação é diminuta

(Smyth, Brace-McDonnell, et al., 2016a). Neste sentido, a antecipação desta identificação mostra-se como essencial para uma referenciação precoce e consequente implementação de medidas ativas e direcionadas à estabilização clínica do doente e definição da estratégia terapêutica (Johansson et al., 2018). Importa salientar que os serviços de emergência médica abordam cerca de 1/3 dos doentes com sépsis severa e choque séptico que acabam por morrer, assim os sistemas de emergência oferecem uma oportunidade importante de avanço no diagnóstico e intervenção junto de estes doentes (Wang et al., 2010).

Neste sentido as denominadas Vias Verdes (VV), nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, representam algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos, onde a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é determinante para o resultado terapêutico (Paiva et al., 2012). Desta forma, a instituição da Via Verde Sépsis objetiva melhorar a identificação dos doentes sépticos e otimizar o processo terapêutico (Santos et al., 2015). A sinalização precoce e referenciação para Via Verde Sépsis (VVS), adquire atualmente o mesmo grau de emergência que a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) ou a Via Verde Coronária (VVC) (Carvas et al., 2016). Neste sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS), no formato de circular normativa promove a criação e implementação da VVS em 2010 (DGS, 2010), tendo 6 anos mais tarde atualizado a referida norma. A presente norma de DGS relativa a 2016, faz evidência à importância dos meios pré-hospitalares do INEM com a presença de médico e enfermeiro, nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e Helicóptero, equiparando-os ao Serviço de Urgência (SU) de nível 1, definindo-se como aquele que não dispõem de serviço de medicina intensiva (DGS, 2016).

Adicional a este arsenal de meios diferenciados, Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) é criada em Portugal no ano de 2007 e na sua composição a presença e desempenho do enfermeiro em âmbito pré-hospitalar. Este meio encontra-se vocacionado para o transporte com acompanhamento de vítimas de doença súbita ou acidente, objetivando a sua estabilização pré-hospitalar e o transporte de doente crítico, com recurso a equipamentos de suporte imediato de vida que a capacita (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril, 2014). Os enfermeiros têm um contínuo de experiência combinada de desempenho hospitalar e pré-hospitalar para a manutenção de um nível de competência aceitável (Suserud & Haljamae, 1997). Os

cuidados de enfermagem pré-hospitalares, situam-se assim sempre no contexto de uma relação enfermeiro-doente. Ainda que, esta interação seja de curta duração, existe a oportunidade de o enfermeiro estabelecer uma relevante relação com o doente, a qual será determinante para o processo terapêutico do doente (Berntsson & Hildingh, 2013). Esta relação que se estabelece é essencial para atender às necessidades clínicas, psicológicas e sociais do doente neste contexto, por forma a otimizar as intervenções (Berntsson & Hildingh, 2013). Os cuidados de enfermagem a esta tipologia de doentes na situação de PSC, afirmam-se como altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Os enfermeiros por via da sua formação base e competências específicas, são um recurso humano importante na emergência pré-hospitalar. Como tal, sedimentado no desempenho SIV e no seu histórico de atividade à semelhança da sua intervenção na sustentação operacional da VVC e da VVAVC, também a VVS deve ser afirmada e garantida no portfolio operacional que a mesma desenvolve. É assim referenciado que as intervenções neste âmbito da VVS, à semelhança do registado para as VVC e VVAVC podem melhorar os resultados para este tipo de doentes (Smyth, Brace-McDonnell, et al., 2016b). Neste sentido, o plano de atividades do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) salienta que, o posicionamento das ambulâncias SIV deve dar resposta à procura dos doentes mais graves, utilizando, assim, toda a diferenciação que as suas equipas detêm na área do doente crítico e complementando a rede que é assegurada pelas VMER, por um lado, e as Ambulâncias de Emergência Médica e Ambulâncias de Socorro por outro (INEM, 2017a). Assim neste âmbito, o referido plano de atividades de 2017 referencia a adoção de estratégias organizativas designadas por Vias Verdes, operacionalizando quer a Via Verde da Sépsis, quer da Via Verde do Trauma (INEM, 2017a) . Ainda no seu plano estratégico 2017-2019, o INEM prevê um plano de melhoria relativa à VVS, identificando mais precocemente doentes com sépsis, procedendo à sua estabilização inicial e encaminhamento para os centros de tratamento (INEM, 2017b). Especificamente o Plano de Atividade 2018 do INEM, referencia a extensão dos procedimentos da VVS às ambulâncias SIV, oferecendo maior cobertura na operacionalização desta via verde (INEM, 2018).

Assim, existe a oportunidade de desenvolver protocolos a par de fomentar a educação em torno desta problemática, permitindo o reconhecimento precoce, tratamento e notificação hospitalar do doente em sépsis, à semelhança de outras vias verdes instituídas, sendo que o desenvolvimento deste tipo de protocolos em parceria com o SU é crucial na transição e continuidade de cuidados (Baker, 2016). Os sistemas de emergência médica com meios diferenciados na sua atividade, pode com o sentido clínico e âmbito de intervenção dos seus profissionais, resultar numa melhoria no reconhecimento e tratamento da sépsis prévia à chegada ao SU (Smyth, Brace-McDonnell, et al., 2016a, 2016b).

Desta forma, conhecer as intervenções efetuadas em pré-hospitalar dirigidas ao doente em situação de sépsis é fundamental na caracterização dos cuidados prestados, bem como essencial na contribuição para a estruturação de futuras intervenções que se considerem para o estabelecimento de um protocolo de intervenção ao doente em suspeita de sépsis ou sépsis, neste contexto.

1. Metodologia

No momento em que um tópico é definido, é elaborada dirigida passível de ser respondida. A questão que promoveu esta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi enunciada no formato de PICO, uma mnemónica que retrata a população, o fenómeno de interesse e o contexto (Institute, 2014).

A **questão** definida para o efeito foi:

“Quais as principais intervenções de enfermagem **(I)** no contexto pré-hospitalar **(Co)** de sépsis **(P)**?” – esta tem como **objetivo** identificar as intervenções de enfermagem dirigidas ao doente em situação de sépsis no meio extra-hospitalar.

Pertinência do estudo

As guidelines internacionais advogam que o tratamento da sépsis deve ser iniciado o mais precocemente possível. Existem dados que indicam que uma percentagem entre os 70 e os 80% dos casos de sépsis provêm da comunidade, sendo que cerca de metade dos quais são transportados pelos serviços de emergência. As intervenções específicas realizadas pelos serviços de emergência em situação potencial de sépsis

ou de sépsis estão mal identificadas. Existe um histórico de exercício profissional dos enfermeiros em ambulâncias de SIV, as quais atendem doentes em situação crítica. Assim, no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à pessoa em situação de sépsis em contexto extra-hospitalar é da máxima importância identificar as intervenções que permitiram a estabilização do quadro clínico do doente e o seu eventual benefício.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão tiveram em consideração a intervenção, a existência de *abstract*, a língua e o acesso a texto integral de acordo com o Quadro 1. Não se considerou a definição de outros critérios inclusivos ou exclusivos por via da carência de estudos sobre a temática.

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<i>Abstract</i>	Existência de abstract disponível	
Texto integral	Existência de texto integral	
Intervenções	Identifica cuidados executadas em âmbito pré-hospitalar, decorrentes de julgamento e conhecimento clínico	
Língua		Estudos publicados em língua diferente da inglesa

Quadro 1: Critérios de inclusão e de exclusão

APÊNDICE II

Objetivos e atividades por campo de estágio

Objetivos específicos, atividades planejadas e resultados pretendidos
Serviço de Urgência

Objetivo Geral: Desenvolver a intervenção especializada do enfermeiro à pessoa em situação crítica em sépsis / choque séptico em contexto do Serviço de Urgência			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultado	Recursos
Compreender a dinâmica de funcionamento do serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do serviço sob orientação do enfermeiro tutor; ▪ Apresentação à equipa multidisciplinar; ▪ Reunir com o Enfermeiro tutor para compreender qual a organização e funcionamento do serviço, recursos humanos e materiais existentes assim como projetos e atividades em que o serviço está envolvido; ▪ Consulta de normas, protocolos e manuais do serviço; ▪ Observação participada da dinâmica de cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica; ▪ Integrar a equipa de enfermagem na prestação de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra-se integrado no serviço e na equipa ▪ Demonstra conhecimento de protocolos, normas e manuais do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico SU ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e manuais do SU

	<p>cuidados gerais ao doente e família em situação crítica (sala de emergência / SO);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação do momento de triagem ao doente que acede ao SU; ▪ Utilização do processo clínico do doente como fonte de colheita de informação e continuidade de cuidados; ▪ Coordenação de intervenções com os restantes elementos da equipa multidisciplinar; 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos
<p>Prestar cuidados à pessoa e família em situação crítica com antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica respeitando uma prática profissional ética e deontológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas detetados; ▪ Identifica focos de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; ▪ Executar cuidados de elevada complexidade dirigidos à PSC e / ou falência orgânica; ▪ Intervir ativamente em situações de suporte avançado de vida; ▪ Aplicar protocolos terapêuticos complexos, monitorizando e avaliando a resposta e detetando precocemente complicações decorrentes; ▪ Gerir eficazmente a dor na PSC, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio; ▪ Gerir eficazmente a ansiedade da PSC e família; ▪ Promover a dignificação da morte e dos processos de lutos associados; ▪ Comunicar com a PSC e família adaptando-se à complexidade da situação clínica e de barreira 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente ▪ Demonstra capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica ▪ Realiza cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, éticas e legais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico SU ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e manuais do SU

	<p>comunicacionais existentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeitar os direitos humanos, a ética e o código deontológico da profissão; ▪ Tomar decisões éticas com base no conhecimento, na experiência, no código deontológico e no acervo jurídico; ▪ Participar na construção da tomada de decisão da equipa e posterior avaliação do processo e resultados ▪ Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra conhecimentos e habilidades relacionais e comunicacionais relativamente à pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos
<p>Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar as precauções básicas de controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde; ▪ Implementar medidas de proteção adequadas ao risco potencial de cada uma das situações de acordo como definido pela Comissão de Controlo de Infeção; ▪ Monitoriza e vigia o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção; ▪ Conhecer a dinâmica e funcionamento da Via Verde Sépsis (VVS); ▪ Intervir nas diferentes fases de cuidados no percurso da VVS; ▪ Promover a atualização dos conceitos científicos que sustentam a VVS; ▪ Efetuar o registo associado à VVS; ▪ Prestar cuidados especializados à PSC em situação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente, aplicando as normas de prevenção e controle de infeções ▪ Demonstra conhecimentos e capacidades para intervir de forma adequada no atendimento à pessoa/família em situação de sépsis ou 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico SU ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e

	<p>de sépsis ou suspeita de sépsis;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Partilhar informações e experiências com a equipa multidisciplinar; 	<p>suspeita de sépsis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, com responsabilidade profissional, ética e legal ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados em situação de sépsis ou suspeita de sépsis 	<p>manuals do SU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Norma interna relativa à VVS ▪ Artigos científicos
Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa e família em situação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhar o enfermeiro tutor na coordenação do serviço e das equipas; ▪ Prestar cuidados coordenando as intervenções a realizar à PSC e sua família; ▪ Promover a articulação com a equipa multidisciplinar; ▪ Efetuar a gestão dos timings de intervenção junto da 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico SU ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar

crítica	PSC e sua família		
Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e família em resultado se situação de catástrofe ou emergência multivítimas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer o plano de emergência e catástrofe do SU e os princípios de atuação em situações de catástrofes; ▪ Demonstrar capacidade de efetuar triagem em situação de catástrofe atribuindo graus de urgência; ▪ Identificar a sequência de atuação perante vítima de catástrofe; ▪ Participar na gestão de situações multivítimas ou catástrofe; ▪ Gerir a informação de forma eficiente, com diminuição dos níveis de ansiedade de família e amigos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de intervenção à PSC e família em resultado de catástrofe ou de emergência multivítimas gestão adequada dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico SU ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e manuais do SU

Objetivos específicos, atividades planejadas e resultados pretendidos
Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo Geral: Desenvolver a intervenção especializada do enfermeiro à pessoa em situação crítica em sépsis / choque séptico em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultado	Recursos
Compreender a dinâmica de funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do serviço sob orientação do enfermeiro tutor; ▪ Apresentação à equipa multidisciplinar; ▪ Reunir com o Enfermeiro tutor para compreender qual a organização e funcionamento do serviço, recursos humanos e materiais existentes assim como projetos e atividades em que o serviço está envolvido; ▪ Consulta de normas, protocolos e manuais do serviço; ▪ Observação participada da dinâmica de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra-se integrado no serviço e na equipa ▪ Demonstra conhecimento de protocolos, normas e manuais do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico da Unidade ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar

	<p>prestados à pessoa e família em situação crítica;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais ao doente e família em situação crítica; ▪ Utilização do processo clínico do doente como fonte de colheita de informação e continuidade de cuidados; ▪ Coordenação de intervenções com os restantes elementos da equipa multidisciplinar; 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas, protocolos e manuais da UUM ▪ Artigos científicos
<p>Prestar cuidados à pessoa e família em situação crítica com antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica respeitando uma prática profissional ética e deontológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas detetados; ▪ Identifica focos de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; ▪ Executar cuidados de elevada complexidade dirigidos à PSC e / ou falência orgânica; ▪ Intervir ativamente em situações de suporte avançado de vida; ▪ Aplicar protocolos terapêuticos complexos, monitorizando e avaliando a resposta e detetando precocemente complicações decorrentes; ▪ Gerir eficazmente a dor na PSC, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio; ▪ Gerir eficazmente a ansiedade da PSC e família; ▪ Promover a dignificação da morte e dos processos de lutos associados; ▪ Comunicar com a PSC e família adaptando-se à complexidade da situação clínica e de barreira comunicacionais existentes; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente ▪ Demonstra capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica ▪ Realiza cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, éticas e legais ▪ Demonstra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico da Unidade ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e manuais da Unidade ▪ Artigos

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeitar os direitos humanos, a ética e o código deontológico da profissão; ▪ Tomar decisões éticas com base no conhecimento, na experiência, no código deontológico e no acervo jurídico; ▪ Participar na construção da tomada de decisão da equipa e posterior avaliação do processo e resultados ▪ Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão 	conhecimentos e habilidades relacionais e comunicacionais relativamente à pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica	científicos
Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de sépsis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar as precauções básicas de controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde; ▪ Implementar medidas de proteção adequadas ao risco potencial de cada uma das situações de acordo como definido pela Comissão de Controlo de Infeção; ▪ Monitoriza e vigia o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção; ▪ Intervir ativamente em situações de suporte avançado de vida; ▪ Aplicar protocolos terapêuticos complexos, monitorizando e avaliando a resposta e detetando precocemente complicações decorrentes na pessoa em situação de sépsis; ▪ Gerir eficazmente a dor na PSC em situação de sépsis, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente, aplicando as normas de prevenção e controle de infeções ▪ Demonstra conhecimentos e capacidades para intervir de forma adequada no atendimento à pessoa/família em situação de sépsis; ▪ Demonstra 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico da Unidade ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar ▪ Normas, protocolos e manuais da

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerir eficazmente a ansiedade da PSC em situação de sépsis e família; ▪ Promover a dignificação da morte e dos processos de lutos associados à PSC em situação de sépsis; ▪ Comunicar com a PSC em situação de sépsis e família adaptando-se à complexidade da situação clínica e de barreira comunicacionais existentes; ▪ Promover a atualização dos conceitos científicos que sustentam a abordagem do doente em sépsis; ▪ Prestar cuidados especializados à PSC em situação de sépsis; ▪ Partilhar informações e experiências com a equipa multidisciplinar; 	<p>capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, com responsabilidade profissional, ética e legal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados em situação de sépsis 	<p>Unidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Norma interna relativa à VVS ▪ Artigos científicos
Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa e família em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhar o enfermeiro tutor na coordenação do serviço e da equipa; ▪ Prestar cuidados coordenando as intervenções a realizar à PSC em sépsis e sua família; ▪ Promover a articulação com a equipa multidisciplinar; ▪ Efetuar a gestão dos timings de intervenção junto da PSC em sépsis sua família; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espaço físico da Unidade ▪ Equipa de Enfermagem ▪ Equipa Multidisciplinar

Objetivos específicos, atividades planejadas e resultados pretendidos
Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Objetivo Geral: Desenvolver a intervenção especializada do enfermeiro à pessoa em situação crítica em sépsis / choque séptico em contexto extra-hospitalar de Ambulância de Suporte Imediato de Vida			
Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultado	Recursos
Compreender a dinâmica de funcionamento da ambulância SIV	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do serviço sob orientação do enfermeiro tutor; ▪ Apresentação à equipa SIV; ▪ Reunir com o Enfermeiro tutor para compreender qual a organização e funcionamento da SIV, recursos humanos e materiais existentes assim como projetos e atividades em que a SIV está envolvida; ▪ Consulta de normas, protocolos e manuais da SIV; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra-se integrado no serviço e na equipa ▪ Demonstra conhecimento de protocolos, normas e manuais da SIV 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulância SIV ▪ Equipa de SIV ▪ Normas, protocolos e

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participada da dinâmica de cuidados prestados à pessoa e família em situação crítica em contexto extra-hospitalar (EH); ▪ Integrar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais ao doente e família em situação crítica em EH ▪ Utilização do processo informatizado de dados ICARE como estratégia de continuidade de cuidados; ▪ Coordenação de intervenções com os restantes elementos das equipas EH; 		<p>manuais SIV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos
<p>Prestar cuidados à pessoa e família em situação crítica com antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica respeitando uma prática profissional ética e deontológica em contexto extra-hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planear, executar e avaliar as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas detetados; ▪ Identifica focos de instabilidade, intervindo de forma pronta e antecipatória; ▪ Executar cuidados de elevada complexidade dirigidos à PSC e / ou falência orgânica em protocolo SIV; ▪ Intervir ativamente em situações de suporte avançado de vida nos diferentes contextos EH; ▪ Aplicar protocolos terapêuticos SIV, monitorizando a avaliando a resposta e detetando precocemente complicações decorrentes; ▪ Gerir eficazmente a dor na PSC, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas no seu alívio em âmbito SIV; ▪ Gerir eficazmente a ansiedade da PSC e família em 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente ▪ Demonstra capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica ▪ Realiza cuidados que respeitem os direitos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulância SIV ▪ Equipa de SIV ▪ Normas, protocolos e manuais SIV

	<p>contexto EH;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a dignificação da morte e dos processos de lutos associados em ambiente EH; ▪ Comunicar com a PSC e família adaptando-se à complexidade da situação clínica e de barreira comunicacionais existentes em ambiente EH; ▪ Respeitar os direitos humanos, a ética e o código deontológico da profissão; ▪ Tomar decisões éticas com base no conhecimento, na experiência, no código deontológico e no acervo jurídico; ▪ Participar na construção da tomada de decisão da equipa e posterior avaliação do processo e resultados ▪ Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão; 	<p>e as responsabilidades profissionais, éticas e legais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra conhecimentos e habilidades relacionais e comunicacionais relativamente à pessoa/família que vivencia processos complexos de doença crítica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artigos científicos
Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica em situação de sépsis ou suspeita de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar as precauções básicas de controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde em âmbito EH; ▪ Implementar medidas de proteção adequadas ao risco potencial de cada uma das situações de acordo como definido pelo Gabinete de Qualidade em âmbito EH; ▪ Monitoriza e vigia o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção pelo Gabinete de Qualidade; ▪ Promover a atualização dos conceitos científicos que sustentam a VVS definida pela Direção Geral de Saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeia cuidados adequados à situação presente, aplicando as normas de prevenção e controle de infeções em âmbito EH; ▪ Demonstra conhecimentos e capacidades para intervir de forma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulância SIV ▪ Equipa de SIV ▪ Normas,

<p>sépsis em contexto extra-hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuir na construção do protocolo de VVS extra-hospitalar em âmbito SIV; ▪ Contribuir para o referencial de registo em EH da VVS; ▪ Intervir nas diferentes fases de cuidados no percurso do doente em suspeita de sépsis ou sépsis; ▪ Efetuar o registo associado de sintomatologia associada sépsis ou suspeita de sépsis; ▪ Prestar cuidados especializados à PSC em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em âmbito EH; ▪ Partilhar informações e experiências com a equipa multidisciplinar; 	<p>adequada no atendimento à pessoa/família em situação de sépsis ou suspeita de sépsis em âmbito EH;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de executar técnicas de alta complexidade e de antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, com responsabilidade profissional, ética e legal em âmbito EH; ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados em situação de sépsis ou suspeita de 	<p>protocolos e manuais SIV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Norma da VVS da Direção Geral de Saúde ▪ Artigos científicos
--	---	---	---

		sépsis em âmbito EH;	
Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa e família em situação crítica em âmbito EH;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhar o enfermeiro tutor na coordenação e / ou gestão de equipas extra-hospitalar; ▪ Prestar cuidados coordenando as intervenções a realizar à PSC e sua família em âmbito EH;; ▪ Promover a articulação com a equipa multidisciplinar em âmbito EH; ▪ Efetuar a gestão dos timings de intervenção junto da PSC e sua família em âmbito EH; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de gestão adequada dos cuidados em âmbito EH; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulância SIV ▪ Equipa de SIV ▪ Normas, protocolos e manuais SIV ▪ Artigos científicos
Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e família em resultado se situação de catástrofe ou emergência multivítimas em âmbito EH;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar capacidade de efetuar triagem em situação de catástrofe atribuindo graus de urgência; ▪ Identificar a sequência de atuação perante vítima de catástrofe; ▪ Participar na gestão de situações multivítimas ou catástrofe em âmbito EH; ▪ Gerir a informação de forma eficiente, com diminuição dos níveis de ansiedade de família e amigos em âmbito EH; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra capacidade de intervenção à PSC e família em resultado de catástrofe ou de emergência multivítimas em âmbito EH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulância SIV ▪ Equipa de SIV ▪ Normas, protocolos e manuais SIV ▪ Artigos científicos

APÊNDICE III

Certificado - BSAFE



UNITED NATIONS DEPARTMENT OF SAFETY AND SECURITY

CERTIFICATE of ACHIEVEMENT

This is to certify that

Hélder Ribeiro

has completed the course

BSAFE

on

28 January 2019 EST

Katja Hemmerich

Katja Hemmerich, Chief, Training & Development Section, UNDSS



Confirmation #: 2493807

APÊNDICE IV

Certificado - *Building a Better Response*



This certificate is presented to

Hélder Ribeiro



For participating in the Building a Better Response e-learning course

February 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael VanRooyen', written over a horizontal line.

Michael VanRooyen, MD, MPH, FACEP
Director, Harvard Humanitarian Initiative
Humanitarian Academy at Harvard

Supported by:

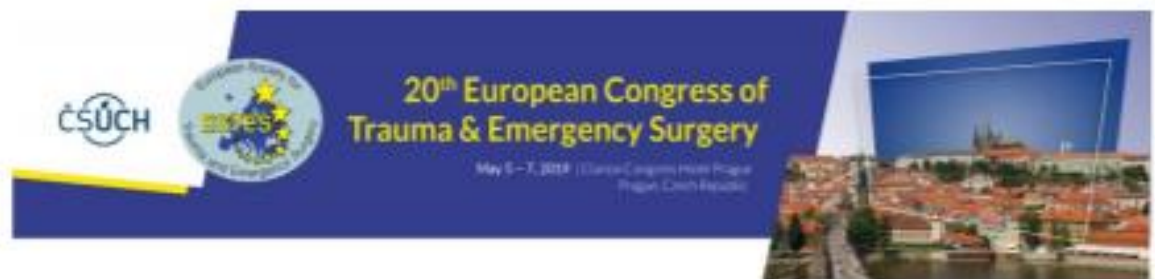


In collaboration with:



APÊNDICE V

Programa - *ATCN Europe Guest Symposium*



ECTES 2019 in Prague

ATCN Europe guest symposium

Take place on May 5, 2019, from 2 :00 pm to 3 :30 pm in room Quadrant

Trauma System : Roles of the nurses from the field to the definitive care

Moderators : Candida Durão, Lisboa, Portugal
Frédéric Lodier, Lyon, France

1. From the field to the definitive care in different countries :

In Italy : Lavinia Testa
In Estonia : Mikk Tarraste
In Portugal : Hélder Ribeiro
In France : Laetitia Gallego

2. Trauma Nurses Education :

In Norway : Knut Magne Kolstadbraten
In Portugal : Teresa Leal

3. Closure